Rok XLVII. Kraków, dnia 20. czerwca 1908. Nr 25.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich,
organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu oraz Towarzystw lekarskich
polskich w Kijowie i Chicago.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z pracowni kliniki okulistycznej Uniwersytetu lwowskiego.

Gąsienice much w oczodole wrzodziejącym wskutek raka.

Podał

Dr Wiktor Reis, asystent kliniki.

Przypadki raka powiek lub raka gałki ocznej, ogarniającego w następstwie całe otoczenie i doprowadzającego do zupełnego zniszczenia części twarzy, nie nadają się już niestety do operacyi. Najczęściej, jeśli nie wyłącznie, są one skutkiem obojętności chorych, którzy lekceważą sobie cierpienie, we wczesnym okresie będące i nie dozwalają na wykonanie zabiegu operacyjnego we właściwym czasie, albo którzy wogóle obawiają się noża chirurga i uciekają się do zachowawczego sposobu leczenia. Zrozumiałem jest, że przypadki takie coraz rzadziej się wydarzają i że niedawno w berlińskiem Towarzystwie okulistycznem przedstawił Schultz-Zehden [1]) trzy przypadki raków powieki, przekraczających zwykłą miarę, jako rzadkie i ciekawe okazy, godne widzenia.

Przypadek, przez nas spostrzegany, nie ustępuje bynajmniej wspomnianym przypadkom.

Anna P...., lat 60, zarobnica ze wsi Sichowa (pow. lwowski), przyjęta dnia 14. VIII. 1907 r. na oddział oczny szpitala powszechnego we Lwowie. Od 3 lat cierpi podobno na »wrzód« w oku. Przed rokiem miała zasięgnąć porady lekarskiej w ambulatoryum klinicznem, lecz już wówczas osądzono, że sprawa nie nadaje się do operacyi. Wrzód ten miała chora ciągle zdrapywać. Najbliższe otoczenie chorej podaje, że chora nie myła już sobie twarzy od dłuższego czasu. Przed 3 dniami (w niedzielę) spostrzegł ktoś z rodziny białego robaka w oczodole, a już dnia następnego (w poniedziałek) było ich całe mnóstwo. Chora wzbraniała się iść do szpitala i dopiero we środę wzięto ją przymusem.

Stan obecny: Chora na pierwszy rzut oka sprawia wrażenie osoby zupełnie zaniedbanej; rozchodzi się od niej swoista woń brudu. Chora jest głupowatą. Badanie ogólne stwierdza zapalenie mięśnia sercowego i charłactwo ogólne.

Oko lewe jest prawidłowe.

Prawy oczodół zajęty przez rozległe owrzodzenie. Powierzchnia owrzodzenia tworzy elipsę, której średnica pozioma wynosi 9 ctm., a pionowa 6 ctm. Owrzodzenie to przekracza od góry guz czołowy, od dołu dolny brzeg oczodołowy, na zewnątrz sięga aż do wyrostka jarzmowego kości skroniowej, a na wewnątrz aż do zagłębienia, w którem spoczywa woreczek łzowy. Brzegi owrzodzenia są podminowane i silnie naciekłe. Dno owrzodzenia tworzy całkowicie odsłonięta tylna część jamy oczodołowej. Powiek i wszelkich części dodatkowych oka brak zupełny. Z gałki ocznej pozostał tylko tylny odcinek, jako bezkształtny kikut.

1) Rzecz przedstawiona na posiedzeniu naukowem Towarzystwa lekarskiego lwowskiego w d. 3. kwietnia 1908.

Opis powyższy naszego przypadku odpowiada w zupełności jednemu z przypadków, spostrzeganych przez Schultz-Zehdena. Poniżej podany jednak dalszy wywód określa nasz przypadek jako niezwykły.

W głębi oczodołu roją i wiją się gąsienice, wypełniające cały oczodół. Tworzą one głównie trzy gniazda, które w postaci szarej, poruszającej się masy zajmują część nosową i skroniową oczodołu.

Między dwoma głównemi gniazdami znajduje się trzecie gniazdo nieliczne w powyżej wspomnianym kikucie pozostałym jako resztka po tylnym odcinku gałki ocznej.

Gąsienice leżą gęsto jedna przy drugiej, przednią częścią ciała głęboko wryte w dno owrzodzenia, gdy tylna część z dwoma brązowymi punkcikami wystaje ponad powierzchnię owrzodzenia. Całość sprawia wrażenie, jak gdyby oczodół zasiany był małemi, białawemi ziarnami, z których każde zaopatrzone było w dwa brązowe punkciki. Spokojnej jednak chwili doczekać się prawie nie można, co chwila na innem miejscu wydostaje się jakaś gąsienica ponad powierzchnię owrzodzenia, zwija się w kabłąk i wyprostowuje poruszając ciągle tylną częścią ciała.

Po przezwyciężeniu pierwszego wstrętnego wrażenia przystąpiono do zabiegów leczniczych. Łatwy dostęp do siedliska gąsienic umożliwił przedewszystkiem zastosowanie mechanicznego leczenia, które polegało na usuwaniu każdej gąsienicy z osobna zapomocą wielkich anatomicznych szczypczyków. Ilość tak zebranych gąsienic wynosiła około 240 sztuk. Potem spłukano silnym strumieniem sublimatu całą owrzodziałą powierzchnię. Dopiero teraz po oczyszczeniu oczodołu można stwierdzić, że po stronie skroniowej jest ściana oczodołu obnażoną aż do kości, pozostałe dno owrzodzenia stanowi gładka, błyszcząca powierzchnia; do powstania tych właściwości oczodołu niemało, jak się zdaje, przyczyniła się robota gąsienic. Następnie za poradą Prymaryusza oddziału chorób skórnych Dra Krzyszkowskiego posypano owrzodziałą powierzchnię naftaliną z cukrem sproszkowanym w równych częściach i założono opatrunek. Dopiero potem poddano chorą gruntownej kąpieli oczyszczającej.

15. 8. Następnego dnia rano nie było już śladu wczorajszych pasorzytów, znikły nawet najmniejsze gąsieniczki, które głęboko siedziały w owrzodziałej tkance oczodołu i które dopiero prądem sublimatu musiano usunąć. Owrzodziała powierzchnia pokryta jest szarawym nalotem, po spłukaniu którego okazuje się dno ubytku pokryte świeżą ziarniną. Powierzchnię ubytku posypano jodoformem i powtórnie założono opatrunek.

20. 8. Opaskę zmienia się codziennie. Różowa ziarnina wypełnia dno ubytku, w środku tylko oczodołu wystaje ciemny, zeschnięty kikut, jako pozostałość tylnego odcinka gałki ocznej.

23. 8. Chora na własne żądanie opuściła szpital; miała tylko polecone codziennie maścią przeciwgnilną smarować wrzód i zakładać opaskę.

W krótkości należałoby jeszcze podać opis znalezionych gąsienic. Są one barwy białawej, długości 12—14 mm., a szerokości 3—4 mm. Ciało każdej z gąsienic składa się z 9 obrączek, nie wliczając w to głowiego i tylnego odcinka ciała.

Segmenty są bez haczyków, gładkie, zachodzą jedne na drugie. Każdy z segmentów otoczony jest na brzegu zwróconym do przedniego odcinka ciała cienkim, ledwo zaznaczonym brązowym paskiem. Stożkowaty odcinek przedni zaopatrzony jest dwoma haczykami, oraz dwoma czarnymi chitynowymi kolcami. Tylny zaś odcinek szeroko zakończony posiada dokoła brzegu

wieniec małych białawych haczyków w liczbie 12, a w środku dwie małe brązowe tarczki, które stanowią zewnętrzne ujścia tchawek i noszą nazwę przetchlinek (*stigmata*).



Fig. 1. Gąsienica muchy złotej (Lucilia). (Wielkość naturalna).

Opisane gąsienice można na podstawie tych znamion określić jako gąsienice much.

Z powyższegop rzedstawienia wynika, że spostrzegany przez nas przypadek należy do przypadków muszycy zewnętrznej (*myiasis externa*), w szczególności zaś do muszycy właściwej (*myiasis muscida*).

Jako historyczne wspomnienie nadmienię tu tylko według Peipera (2), że wymieniona muszyca stanowiła przed wprowadzeniem postępowania przeciwgnilnego wcale nie rzadkie powikłanie przy leczeniu ran. Peiper przytacza nawet ustęp z dzieła Pirogoffa »Zasady ogólnej chirurgii polowej«, w którem podano, że pojawianie się robaków i gąsienic w ranach nawet w praktyce szpitalnej nie należało do rzadkich przypadków. Postępowanie przeciwgnilne położyło kres tym stosunkom i tylko od czasu do czasu usłyszeć jeszcze można o okazaniu się gąsienic much w ranach u poszczególnych, najczęściej zaniedbanych osobników.

W Rosyi mimo to nie należy muszyca i nadal do przypadków niezwykłych, zresztą pojawia się ona także częściej w krajach gorących i Ameryce.

W nowszych czasach donoszą Yount i Sudler (3) o 23 przypadkach muszycy u ludzi, wywołanej przez jeden z rodzajów muchy złotej (*Compsomyia macellaria v. Lucilia hominivorax*, Schraubenwurmfliege), które spostrzegano w południowych i zachodnich stanach Ameryki północnej. Zakażenie powstawało przez złożenie jaj much do nosa przy istnieniu przewlekłego nieżytu, albo też w owrzodzenia skórne. Cztery z tych przypadków, w których punktem wyjścia sprawy był nieżyt nosa, zakończyły się śmiercią.

Gdy jednak pominiemy przypadki muszycy ogólnej i zwrócimy się do muszycy, mającej swą siedzibę w oku, to stwierdzić możemy, że piśmiennictwo o uszkodzeniach ludzkiego oka przez gąsienice much jest dość skąpe. Kasyer (4) zebrał dane, dotyczące tego przedmiotu, i opisuje swój własny przypadek, w którym u dziecka sześcioletniego znalazł w worku spojówkowym gąsienice much z rodzaju ścierwicy (*sarcophaga*); wywołały one przejściowy ostry nieżyt spojówki. Gąsienice much mogą być jednakże przyczyną ciężkich uszkodzeń oka. Schultz-Zehden (5) donosi, że pewną włóczęgę, która po nadużyciu wyskoku zasnęła w otwartem polu, obsiadły gąsienice much i sprawiły ogromne spustoszenia. Z rożnych części ciała, z nosa, z uszu i worków spojówkowych zebrano około litra gąsienic. Powieki były obrzękłe, obydwie gałki zniszczone. W prawem oku brak był rogówki, soczewka i ciało szkliste wypadło; na lewem zaś oku stwierdzić można było rozległy przebity wrzód rogówki, w którym uwięzły soczewka wraz z tęczówką. Gąsienice tych much należały do rodzaju plujki (*Calliphora vomitoria*).

Pozostaje rozstrzygnąć pytanie, który gatunek much odgrywał rolę w naszym przypadku. Najpewniejszą odpowiedź na to pytanie mogłoby dać wyhodowanie gąsienic na poczwarki i czekanie, aż się z poczwarek nie wylęgną rozwinięte muchy. Skoro jednak tego sposobu zaniechano, musiano oznaczyć rodzaj muchy z pozostałych gąsienic.

Pośrednictwu redakcyi czasopisma »Naturwissenschaftliche Wochenschrift«, której kilka okazów gąsienic przesłałem do zbadania, zawdzięczam następującą wyczerpującą odpowiedź Prof. Dr Dahla (6):

».... Przesłane gąsienice, znalezione w owrzodzeniu rakowatem zdają się należeć do rodzaju muchy złotej (*Lucilia*). Gatunku nie można określić, gdyż dotychczas brak pewnych danych dla odróżnienia gatunków gąsienic. Według Peipera znaleziono dotychczas w ranach u człowieka gąsienice z rodzaju plujki, muchy złotej, ścierwicy i muchy zwykłej. Jako uzupełnienie książki Peipera podaję w rycinach kształt i położenie ciemnych przetchlinek (otworów dla narządów oddechowych) na grubym tylnym końcu ciała, należących do tych rodzajów.... Z krajowych gatunków muchy złotej z pewnością stwierdzono u człowieka *Lucilia nobilis*. Wyhodował ją F. Meinert z gąsienic, znalezionych w przewodzie usznym człowieka. (Entom. Meddelser Bd. I. 1888, S. 119 ff.). Peiper przeoczył to miejsce w piśmiennictwie«.

Jak już w powyższej odpowiedzi zaznaczono, nie zna obecna nauka o gąsienicach much pewnych danych rozpoznawczych, według których możnaby już z gąsienicy wnosić o gatunku muchy, tak że zadowolić się musimy tylko oznaczeniem rodzaju. U czterech gatunków much, wchodzących tu w rachubę: plujki, muchy złotej, ścierwicy i muchy zwykłej, których gąsienice zewnętrznie są do siebie podobne, stanowi budowa przetchlinek (*stigmata*), szczegół różniczkowy w rozpoznawaniu rodzaju.

Oglądając pod znaczniejszem powiększeniem przetchlinki gąsienic z naszego przypadku stwierdzić możemy, że owe przetchlinki budową swą zupełnie odpowiadają przetchlinkom muchy złotej. Złożone są one z trzech podłużnych otworów narządów oddechowych, poprzedzielanych licznemi cienkiemi ściankami poprzecznemi. (Fig. 2).



Fig. 2 Przetchlinka gąsienicy muchy złotej, powiększona około 100 razy. Zdjęcie mikrofotograficzne niebarwionego preparatu.

Sposób życia gąsienic, znalezionych w naszym przypadku, odpowiada także najbardziej rodzajowi muchy złotej. W jednem ze zbiorowych dzieł zoologicznych (7) czytamy:

».... Najbliższy rodzaj: mucha złota (*Lucilia*) zawiera dosyć wielkie i małe złoto-zielone, albo stalowo-niebieskie gatunki... Gąsienice żyją z substancyi zwierzęcych, na nie całkiem świeżem mięsie, na trupach i t. p., napadają nawet żyjące zwierzęta. We Francyi znajdowano często żaby, u których oczodoły roiły się od gąsienic much i całkiem były wygryzione przez gąsienice, należące do gatunku much, pokrewnego rodzajowi muchy złotej.... Muchy te już nieraz składały swe potomstwo nawet w nosie, uszach, kątach ust i oczu ludzi śpiących na wolnem powietrzu i wywoływały przez to długotrwałe choroby i owrzodzenia, a nawet ślepotę u napadniętych osobników. Najczęściej u nas spotykaną i ogólnie znaną złotą muchą jest *Lucilia Caesar*«.

Piśmiennictwo. 1) Schultz-Zehden: Exorbitante Fälle von Krebs der Augenlider. Klin. Monatsbl. f. Aug. 45. Jahrg. II. Bd. 1907. — 2) Peiper: Fliegenlarven als gelegentliche Parasiten des Menschen. Berlin, 1900. — 3) Yount et Sudler: Human myasis from the screw-worm fly. The Journal of the Amer. med. Assoc. Vol. 49. Nr 23, 1907. — 4) Kayser: Über Fliegenlarvenschädigung des Auges. Klin. Monatsbl. f. Augenh. 43 Jahrg. I. Bd., 1905. — 5) Schultz-Zehden: Die Zerstörung beider Augen eines Menschen durch Fliegenlarven. Berl. klin. Wochs. Nr 10, 1906. — 6) Dahl: Fliegenlarven im und am lebenden Körper des Menschen. Naturwiss. Wochenschr. N. F. VI. Bd. Nr 50, 1907. — 7) Heck, Martens, u. a. Das Tierreich, Neudamm, 1894.

Z Zakładu patologii ogólnej i doświadczalnej we Lwowie.
Dyrektor: Prof. Prus.

»Odczyn kwaśny« i kwasy (kwas mleczny) w stosunku do przyswajania pokarmu w narządzie trawienia oraz przemiany chloru.

Podał

Prof. Edmund Biernacki.

(Ciąg dalszy).

Doświadczenia wykonywano wśród wszystkich ostrożności, obowiązujących przy ścisłych badaniach nad wymianą materyi, wzgl. z zastosowaniem metodyki, jaką opisałem szczegółowo w mej pracy o tłuszczach[8]. W moczu, zebranym na chloroform (kilka cm sz.), określano codzień ilość azotu całkowitego i amoniaku (sposób Schlösinga) zaś w mieszanych porcyach czterodniowych ilość kwasu siarkowego całkowitego, eterosiarczanów, zasad (KCl+NaCl), wszystko metodą wagową — i chloru (metodą Volhard-Salkowskiego). Kał badano także w mieszanych porcyach czterodniowych (oddzielanie zapomocą węgla drzewnego na początku każdego okresu[9]) co do ilości pozostałości suchej, azotu i tłuszczu. Określeń ilościowych chloru i zasad w kale, z wyjątkiem kilku przypadków, zaniechałem zupełnie ze względu na to, iż według własnych licznych rozbiorów w tym kierunku (w pracy o tłuszczach), ilości związków tych w kale są wogóle bardzo nieznaczne i nie wpływają zupełnie na wnioski, wysnute z wahań KCl+NaCl i chloru w moczu.

Dodam nareszcie, że badanie, t. j. rozbiory kału i moczu zaczynano dopiero po 6—8 dniowym pobycie psów w klatce i przy podawaniu im pokarmu, stale później przy badaniu używanego.

I. szereg doświadczeń.

Pies, ważący na początku doświadczenia 7,740 gr dostawał codzień 100 gr mięsa końskiego z 200 gr ryżu, gotowanymi razem z 8 gr soli kuchennej (= 7,846 gr bezwodnego chlorku sodu) w 800 cm sz. wody. Według własnych moich rozbiorów pokarm taki zawierał: 34 gr białka, wzgl. 5,8276 gr N, 6 gr tłuszczu, 162 gr węglowodanów, 8,781 gr KCl+NaCl i 7,973 gr chloru (obliczono na NaCl). Wartość opałowa jest = 860 Cal. Pokarm ugotowany ważył 960—1,050 gr, w tem wody 775—835 gr. Pies wody do picia nie dostawał, zresztą jej nie chciał.

Pod koniec obserwacyi pokarm zmieniono: przez cztery dni pies dostawał po 300 gr mleka słodkiego (wyjałowionego) i 150 gr ryżu, gotowanych z 7,846 gr NaCl w 400 cm sz. wody, a przez cztery następne zamiast mleka słodkiego, mleko kwaśne Miecznikowa (jedno i drugie z zakładu »Le Ferment« we Lwowie) o kwaśności 80—90 $^1/_{10}$ normalnego ługu. Przy stosowaniu mleka kwaśnego dodawano codziennie do pokarmu po 7,5 gr cukru mlecznego na miejsce przefermentowanego.

Przy odżywieniu mlekiem zawierał pokarm: 21,5 gr białka, wzgl. 3,5049 gr N, 11,1 gr tłuszczu, 133,5 gr węglowodanów, 9,012 gr KCl+NaCl; 8,56 gr chloru (obliczono na NaCl). Wartość opałowa 740 Cal. Pokarm ważył 818—820 gr, w tem wody około 640 gr.

Ze szczegółów podniosę, że pies prawie przez cały czas pobytu gryzł drewniane części klatki i kał zawierał zawsze dość znaczną domieszkę trocin.

II. szereg doświadczeń.

Inny pies, ważący na początku obserwacyi 7,320 gr, dostawał przez cały czas po 100 gr mięsa końskiego z 50 gr mamałygi i 125 gr ryżu, wszystko gotowane w 800 cm sz. wody z 7,846 gr NaCl. Ponieważ w tym szeregu ściśle dbano o jednakowo długie gotowanie, to wahania wagi pokarmu okazały

Tablica I.
Rozbiory moczu w I. szeregu doświadczeń.

Wartości amoniaku wyrażone są na tablicy niniejszej, jak i następnych, w wartościach azotu. Notatki co do ilości wody, wprowadzanej codziennie z pokarmem, dotyczą każdego oddzielnego okresu.

Data	Ilość moczu w cm.³	Ciężar gatunk.	Azot całkowity	Amoniak	Uwaga
26. XI.	450	1015	2,3661	0,2456	Okres kontroluy Waga psa 7740 gr.
27	540	1014	2,9995	0,2832	
28	580	1013	3.0194	0,2943	
29	370	1020	2,6966	0,1926	Kw. ml. 3 gr dziennie.
30	550	1015	2,7487	0,2577	» » 2,5 gr. »
1. XII.	730	1013	3,0022	0,2744	» « 2,5 » »
2	690	1014	3,4581	0,2514	» » 2,5 » »
3	550	1016	3,4072	0,2362	Kontrola. Wody w pokarmie średnio na dobę 775 gr (moczu przytem 635 gr).
4	650	1015	3,3838	0,3638	
5	660	1014	3,4358	0,2748	Waga psa 8000 gr.
6	680	1015	3,7524	0,3540	Wody wprowadzano 796 gr (moczu 635 cc).
7	600	1015	2,9049	0,2577	
8	630	1016 }	6,9561	0,5456	
9	680	1015 }			
10	630	1016	3,2797	0.2666	
11	610	1015	3,3026	0,2381	NaHO 10 ccm 1/5 N. Wody wpr. 831 gr (mocz. 672 cc).
12	620	1014	2,9694	0,2098	NaHO 15 ccm 1/5 N.
13	780	1012	3,2523	0,2538	NaHO 15 ccm 1/5 N. Waga psa 8200 gr.
14	680	1013	3,1651	0,2478	NaHO 10 ccm 1/5 N.
15	760	1012	3,3630	0,2671	Kw. mleczny 1 gr. Wody wpr. 825 gr (mocz. 725 cc).
16	690	1012	3,2328	0,2604	Kw mleczny 1,5 gr.
17	760	1013	3,2838	0,2769	» » 1,5 »
18	770	1014	3,6077	0,3208	» » 1,0 »
19	720	1013	3,7482	0.3186	Kontrola. Wody wprow. 827 gr (moczu 753 cc).
20	720	1014	3,7482	0,2904	
21	740	1013	3,3515	0,3485	
22	830	1013	3,8455	0,3565	Waga psa 8350 gr.
23	670	1015	3,1740	0,2005	Laktobacylina 0,5 gr dzien. Wody wpr. 829 (moczu 707).
24	650	1012	2,7747	0,2876	Idem.
25	720	1013	3,6358	9,2717	Idem.
26	730	1013	4,0283	0,3040	Idem.
27	690	1014	3,5921	0,2784	Kontrola. Wody wpr. 835 gr (moczu 725 cc).
28	740	1013	3,7753	0,4237	
29	680	1015	3,6108	0,2657	
30	790	1012	3.8247	0,2981	
31	510	1019	2,9736	0,2323	Mleko słodkie. Wody wpr. 640 gr (mocz. 525 cc).
1. I.	540	1017	2,6425	0,1897	Idem. Waga psa 8550 gr.
2	550	1014	2,5482	0.2008	Idem.
3	500	1019	2,2645	0,1691	Idem.
4	570	1017	2,0474	0,2099	Mleko kwaśne. Wody wpr. 638 gr (moczu 540 cc).
5	520	1020	2,2468	0,2179	Idem.
6	500	1020	2,1341	0,2350	Idem.
7	570	1015	1,9116	0,2027	Idem. Waga psa 8500 gr.

---

[8]) Poszukiwania nad wpływem pokarmu przetłuszczonego na narząd trawienia oraz przemianę materyi. Gaz. lek. 1907. Polnisches Archiv f. biologische und medicin. Wissenschaften. W streszczeniu: Zentralbl. f. d. gesammte Physiologie und Pathologie des Stoffwechsels 1907, Nr 11.

[9]) Należy właśnie zwracać uwagę na to, by węgiel drzewny dodawany był do pokarmu zawsze wśród jednakowych warunków co do czasu, a więc zawsze na początku, czy końcu okresu doświadczalnego i w jednakowych ilościach, a to z tego względu, iż w doświadczeniach moich zawsze po pokarmie, pomieszanym z węglem, pies oddawał znacznie więcej kału, w dodatku kału miększego (bardziej wodnistego). Nie zachowując tedy ostrożności powyższej, a n. p. odgraniczając kał 2 razy w ciągu pewnego okresu, a w ciągu następnego ani razu, łatwo możemy stworzyć warunki dla wcale znacznych omyłek przy oznaczaniu pozostałości suchej w kale. Dotyczy to szczególnie okresów doświadczalnych krótkotrwałych.

się bardzo nieznaczne 880—900 gr, w tem 680—690 gr wody. Skład pokarmu: 34,8 gr białka, *resp.* 5,9352 gr azotu, 11,25 gr tłuszczu, 134 gr węglowodanów, 8,722 gr KCl+NaCl, 7,985 gr Cl (NaCl). Wartość opałowa 800 Cal. Kał w okresie z kwasem solnym i przez kilka dni potem zawierał pewną domieszkę śluzu, stale zaś — sierść.

Oba, wyraźnie jeszcze młode psy, podczas obserwacyi zyskały na wadze: pierwszy przez 43 dni z 7,740 gr do 8,500 gr, i szczególnie drugi: przez 40 dni z 7,320 gr do 8,620 gr. Idące z tem w parze zatrzymywanie azotu było bardzo wybitne w pierwszych dniach badania — do 40%, później 25—30% wprowadzonej ilości N. Dość równolegle z zatrzymaniem azotu szło także retencya zasad (KCl+NaCl), znacznie mniej zaś w parze z tem stał chlor, którego zatrzymanie było mniejsze, niż retencya zasad. Że wszystkie te objawy zatrzymania były głównie wyrazem i skutkiem wzrostu, prawdziwego »tuczenia mięsnego« (Fleischmast), o tem trudno było wątpić, wobec coraz tęższego wyglądania zwierząt i wreszcie znacznego przybytku na wadze za czas doświadczenia.

Wraz ze zwiększającą się wagą, a coraz mniejszem zatrzymywaniem azotu przyswajanie pokarmu okazało się także nieco słabszem: przynajmniej widzimy, szczególniej u drugiego psa, w późniejszych okresach badania wyższe liczby kału, niż na początku, u pierwszego zaś częściej wyższe liczby substancyi suchej; w obu przypadkach, stopniowo, choć nie wybitnie, wzrastały ilości azotu w kale. Rzecz ciekawa — przyswajanie tłuszczu w przeciwstawieniu do azotu stawało się z biegiem czasu jakby lepsze, a co najmniej — nie bardziej upośledzone.

Niema żadnych powodów do mniemania, by zjawisko powyższe było następstwem samego eksperymentowania, t. j. stosowania kwasów, zasad i t. d., tembardziej, że, jak podkreślaliśmy, dawki tych związków były bardzo umiarkowane, bynajmniej nie toksyczne. Przeciwnie, zjawisko jest zrozumiałe samo przez się: jelito przyswaja coraz mniej, gdy stan odżywiania dostatecznie się podniósł. Stąd też i jednocześnie zatrzymywanie azotu w późniejszych okresach badania było mniejsze, niż w początkach.

Tablica II.

Liczby średnie z rozbiorów moczu, oraz rozbiory kału w I. szeregu doświadczeń.

Kwas siarkowy oznaczony jest w tablicy niniejszej, zarówno jak w tab. IV. w wartościach $BaSO_4$. Odsetki w nawiasie przy ilościach amoniaku oznaczają stosunek ilościowy amoniaku do azotu całkowitego moczu(współczynnik), odsetki przy liczbach azotu zatrzymanego — stosunek do ilości azotu wprowadzonego.

Przeciętnie na dobę w grm.	I. Okres kontroli	II. Kwas mleczny	III. Kontrola	IV. Kontrola	V. NaHO	VI. Kwas mleczny	VII. Kontrola	VIII. Lakto-bacylina	IX. Kontrola	X. Mleko słodkie	XI. Mleko kwaśne
	26. XI. do 28. XI.	29. XI. do 2. XII.	3. XII. do 6. XII.	7. XII. do 10. XII.	11. XII. do 14. XII.	15. XII. do 18. XII.	19. XII. do 22. XII.	23. XII. do 26. XII.	27. XII. do 30. XII.	31. XII. do 3. I.	4. I. do 7. I.
Mocz (ccm)	557	585	635	635	673	725	753	707	725	525	540
Azot całkowity	2,7950	2,9764	3,4948	3,2852	3,1723	3,3718	3.6733	3,4032	3,7007	2.6072	2,0849
Amoniak	0,2744 (9.8%)	0,2443 (8,2%)	0.3072 (8,8%)	0,2675 (8,1%)	0,2374 (7,4%)	0,2813 (8,3%)	0,3285 (8,9%)	0,2659 (7,8%)	0.3165 (8,6%)	0.1979 (7,6%)	0,2164 (10,4%)
H_2SO_4 całkow.	0.5347	0,6388	0,6655	0,4826	0,5353	0,6525	0,8669	0,7239	0,8613	0.5565	0,4752
Eterosiarczany	0,0856	0,0819	0,1930	0,1117	0,0726	0,1914	0,0753	0,0537	0,1798	0,0924	0,2074
KCl + NaCl	6,7866	7,2961	7,4371	7,0307	6.3107	5,9914	6,5858	6,4818	7,3834	7.4466	6,9336
Cl (jako NaCl)	7,0182	7,1370	7,239	7,112	6,8595	7,395	7,3745	7,2114	7,2500	7'4550	7,776
Kał (w grm)	39	32,3	38	41,5	37,5	43	49,8	46.3	41	42,5	52,5
Suchej substan.	12.67	12,4	14,23	16,24	15,6	17.2	18.71	15,35	14,59	16,01	19,98
% suchej subst.	32,48%	38,48%	37,44%	39,12%	41,59	39,93%	37,60%	33,19%	35,58%	37,67%	38,06%
Azot	0,7105	0.6618	0,7322	0.8215	0,7966	6,8654	6,9570	0,8109	0,8632	0,6128	0,6509
Tłuszcz	1,6329	1,3306	1,3415	1,2005	1,2506	1,2467	1,7441	1,1414	1,0089	0,9802	1,1247
KCl + NeCl	0,0545	0,0339	0,0387	—	—	—	—	—	—	—	—
Zatrzymano N.	2,3221 (39,8%)	2,1894 (37,5%)	1,6006 (27,4%)	1,7209 (29,5%)	1,8577 (31,8%)	1,5904 (27,2%)	1,1973 (20,5%)	1,6135 (27,7%)	1,2637 (21,6%)	0,2849 (8,1%)	6,7691 (21,9%)

W każdym razie ze stwierdzenia coraz słabszego przyswajania wynika wskazówka praktyczna, że przy badaniach porównawczych objawy polepszenia przyswajania (zmniejszenie ilości kału, pozostałości suchej, azotu w kale i t. d.) mają większą siłę dowodową, niż objawy odwrotne (zwiększenie kału i t. d.[10]), czyli że zjawisko omawiane wzmacnia siłę dowodową danych, wskazujących na wzmożenie przyswajania.

Na tablicach naszych mamy właśnie w okresach z »odczynem kwaśnym« »dowodne« zachowanie się danych. W dwóch doświadczeniach z kwasem mlecznym (Tabl. II, okresy I, II, III i tabl. IV, okresy VII, VIII, IX) przy pokarmie zakwaszonym, zarówno dzienne ilości kału, jak ilość pozostałości suchej, azotu i tłuszczu były w tym kale niezawodnie mniejsze, niż w okresach kontrolnych i po powrocie do pożywienia pierwotnego (niekwaśnego) wzrastały napowrót zarówno ilości kału, jak azotu i t. d. Fakt ostatni widzimy i w doświadczeniu II. z kwasem mlecznym (tabl. II, okresy VI i VII), gdzie bezpośrednio przed podaniem pokarmu kwaśnego stosowano pokarm zasadowy.

Ale i przy zakwaszeniu pokarmu kwasem solnym ilości kału, pozostałości suchej oraz azotu także się zmniejszyły[11]) (tabl. IV, okresy III, IV, V), co jest tem bardziej godne uwagi, iż doświadczenie z kwasem solnym było, zdaje się, doświadczeniem »toksycznem«, jedynem w ciągu naszych poszukiwań, o ile właśnie można było to wnosić z pojawienia się pewnej ilości śluzu w kale. Zarazem kał okazał się

[10]) Przy badaniu wpływu dużych ilości tłuszczu (loc. cit.), mieliśmy przed sobą właśnie tę mniej dowodną kombinacyę danych, jednakże po odstawieniu tłuszczu następował zwrot przyswajania i przeróbki materyi ku lepszemu, co dowodziło, iż uprzednie pogorszenie przyswajania było stotnie skutkiem dużych ilości tłuszczu, a nie samoistne.

[11]) W zgodności z powyższem stoi fakt lepszego przyswajania białka w jelicie, który stwierdził v. Tabora (Zeitschr. f. klin. Medicin, 1904, tom 53) u chorych z brakiem soku żołądkowego (achylia) przy przyjmowaniu — wprawdzie większych — ilości kwasu solnego.

rzadszy (spadek pozost. suchej o 9%), niż przed zadaniem kwasu solnego: tymczasem we wszystkich doświadczeniach z kwasem mlecznym pokarm zakwaszony wywoływał wyraźne zgęszczenie kału, n. p. w 1. odpowiedniem doświadczeniu wzmożenie pozostałości suchej z 32·48% do 38·48%); w doświadczeniu III z 22·37% do 26·98% i t. d.

Tylko przy stosowaniu mleka kwaśnego (Miecznikowa) nie spostrzegaliśmy ani zmniejszenia ilości kału, ani zmniejszenia pozostałości suchej, azotu i tłuszczu w kale: przeciwnie odpowiednie liczby wypadły przy mleku kwaśnem wyższe, niż przy słodkiem (wzmożenie substancyi suchej z 16·01% do 19·98%) tak, że prawdopodobnem nawet było upośledzenie przyswajania. Jednakże kał przy mleku kwaśnem był gęstszy, niż przy słodkiem, to jest podobnie, jak bywa przy kwasie mlecznym. Tutaj należy podnieść okoliczność, że i mleko słodkie okazywało kwasotę 18—20 $^1/_{10}$ normalnego ługu sodowego, mleko kwaśne 80—90[12]) tak, że przeciwstawienie odczynów nie było w doświadczeniach tych tak określone, jak przy pokarmie mięsno-ryżowym, z drugiej strony kwaśność mleka Miecznikowa mogła już być stosunkowo za wysoka, by — w zestawieniu z mniej kwaśnem mlekiem słodkiem — przyswajanie okazało się polepszone.

Jakże zachowywał się odczyn zasadowy?

Wbrew wszelkiemu oczekiwaniu w dwóch doświadczeniach (tabl. II, okresy IV, V i VI i tabl. IV, okresy V, VI, VII) zarówno ilości kału, jak suchej substancyi w kale okazały się przy pokarmie alkalizowanym mniejsze (sucha substancya wprawdzie nieznacznie), niż przy pokarmie normalnym. Wynik ten był w dośw. I. tembardziej uderzający, że przy zastosowaniu bezpośrednio po ługu pokarmu z kwasem mlecznym stan przyswajania wypadł właśnie na niekorzyść odczynu kwaśnego (chyba z wyjątkiem jednego tłuszczu): więcej kału, suchej substancyi i azotu w kale, niż przy zasadzie. Jednakże dowodność tego doświadczenia porównawczego okazuje się bardzo problematyczną wobec wyników drugiego doświadczenia z ługiem (tabl. IV.), w którem mimo zmniejszenia się pozostałości suchej w kale w okresie ługowym nie zmniejszyła się ani ilość azotu, ani tłuszczu, raczej nawet się zwiększyła. Wogóle podniecenie przyswajania przez odczyn zasadowy nie okazuje się ani stałe, ani pewne, a jednocześnie powstaje pytanie, czy urządzenie powyższego doświadczenia porównawczego, t. j. bezpośrednie stosowanie pokarmu kwaśnego po zasadowym było zupełnie celowe, czy właśnie wpływ pomyślny pokarmu zakwaszonego (najsłabiej w tem doświadczeniu) nie został unicestwiony przez działanie następowe alkalizacyi.

Ilość wody w kale zmniejszała się przy alkalizowaniu pokarmu, sądząc z doświadczenia porównawczego (tabl. II), chyba jeszcze w stopniu wyższym, niż przy nakwaszaniu. Kał »zasadowy«, zwracał jednak uwagę swą nadzwyczajną suchością i zbitością, co utrudniało psu wypróżnienia. tego rodzaju zmian nie zauważyliśmy przy kwasie mlecznym, ani mleku kwaśnem i t. d., a zmian tych nie można było uważać za celowe i pożyteczne.

Całość działania pokarmu zasadowego nie okazywała tedy żadnej korzyści i przewagi nad działaniem pokarmu zakwaszonego i z wyników spostrzeżeń naszych możemy uważać za dowiedziony tylko fakt, że umiarkowane zakwaszenie pokarmu wzmaga zupełnie wyraźnie przyswajanie w przewodzie pokarmowym[13]). I fakt ten przedstawia mi się tem pewniejszym, iż zdobyto go w doświadczeniach na psach, które według doświad-

Tablica III.

Rozbiory moczu w II. szeregu doświadczeń.

Data	Ilość moczu w cm.³	Ciężar gatunk.	Azot całkowity	Amoniak	Uwaga
6 II.	620	1015	2,8984	0,1497	Okres kontrolny. Waga psa 7320 grm.
7	550	1015	2,6550	0,1816	Wprowadzono wody w pokarmie 695 gr (moczu dziennie 575 gr).
8	650	1014	2,6423	0,1569	
9	480	1016	2,8537	0,1646	
10	550	1015	3,0183	0,1886	Laktobacylina 0·5 gr. dziennie. Wprow. wody 695 gr (mocz 595 cc).
11	660	1013	2,8502	0.1844	Idem.
12	600	1014	2,8349	0,1449	Idem.
13	560	1015	2,8451	0,1565	Idem.
14	650	1013	3,0334	0,2073	Kontrola. Wpr. wody 690 gr (mocz 645 cc).
15	680	1014	3,3511	0,1468	
16	640	1013	3.1865	0.2113	
17	610	1014	3,2851	0,2169	
18	620	1015	2,9569	0,2205	HCl 0·5 gr dziennie. Wody wprow. 690 gr (moczu 600).
19	600	1013	2,9569	0,2286	HCl 0·75 gr.
20	650	1014	3.0381	0,2807	HCl 0·75 « Waga psa 7850 grm.
21	530	1015	2,8004	0,2356	HCl 0.5 gr.
22	520	1017	3,2231	0,2509	Kontrola. Wody wprow. 690 (moczu 510 cc).
23	480	1016	2,6338	0,2134	
24	570	1015	2,8669	0,2027	
25	470	1017	2,6266	0,1916	
26	530	1016	3,0697	0,2356	NaHO — 10 ccm $^1/_5$ N. Wprow. wody 690 (moczu 558).
27	500	1017	3,2759	0,1778	Idem.
28	620	1014	3,2444	0,1889	Idem.
29	580	1016	3,4476	0,1989	Idem.
1 III.	580	1017	3,8307	0,1915	Kontrola. Wprow. wody 690 (moczu 520).
2	550	1015	3,2973	0,2096	
3	480	1019	3,6581	0,2073	Waga psa 8300 gr.
4	470	1019	3,4381	0,2507	
5	540	1017	3,3196	0,2195	Kw. mleczny 2 gr. Wprow. wody 690 grm (moczu 508 cc).
6	520	1019	3,1072	0,1849	Idem.
7	560	1017	3,6986	0,2489	Idem.
8	410	1020	3.2912	0,1302	Idem.
9	430	1020	3,3862	0,1857	Kontrola. Wprow. wody 690 (moczu 508).
10	520	1018	3,4344	0,1736	
11	560	1017	3,3003	0,2489	
12	520	1018	3,6194	0,2773	
13	350	1019	2,8532	0,1463	Laktobacylina (zabita) 0·5 gr. Wprow. wody 690 (mocz 485).
14	640	1018	4,4252	0,2344	Idem.
15	500	1020 }	7,0203 (15–16)	0,4417 (15–16)	Idem.
16	440	1021 }			Idem. Waga psa 8620 gr.

[12]) Według własnych oznaczeń kontrolnych kwaśnościom powyższym odpowiadała ilość 0·6 gr (przy używaniu mleka słodkiego) i 2·6 gr (przy mleku kwaśnem) preparatu kwasu mlecznego, przezemnie posiadanego i stosowanego.

[13]) W każdym razie wzmożenie przyswajania przy odczynie kwaśnym nie było tak wybitne, jak przy laktobacylinie (p. tablice), a przytem wobec faktu, iż pomimo wzmożonego przyswajania białka i tłuszczu z pokarmu zakwaszonego, spadek pozostałości suchej (t. j. białko + tłuszcz + węglowodany wzgl. celluloza + popiół) w kale był nieznaczny, wypada, iż odczyn kwaśny w przeciwstawieniu do laktobacyliny najmniej wzmaga przyswajanie węglowodanów.

Tablica IV.

Liczby średnie z rozbiorów moczu, oraz rozbiory kału w II. szeregu doświadczeń.

Przecietnie na dobe w grm.	I. Okres kontroli	II. Lakto-bacylina	III. Kontrola	IV. HCl	V. Kontrola	VI. NaHO	VII. Kontrola	VIII. Kwas mleczny	IX. Kontrola	X. Lakto-bacylina
	6. II. do 9. II.	10. II. do 13. II.	14. II. do 17. II.	18. II. do 21. II.	22. II. do 25. II.	26. II. do 29. II.	1. III. do 4. III.	5. III. do 8. III.	9. III. do 12 III.	13. III. do 16. III.
Mocz (ccm)	575	593	645	600	510	558	520	508	508	485
Azot całkow	2,7623	2,8871	3,2140	2,9391	2,8376	3,2596	3,5560	3,3699	3,4351	3,5747
Amoniak	0,1632 (5,8%)	0,1688 (5,7%)	0,1956 (6,1%)	0,2414 (8,2%)	0.2145 (7,6%)	0,2003 (6,1%)	0.2148 (6,0%)	0,1959 (5,8%)	0,2214 (6,4%)	0,2181 (6,1%)
H_2SO_4 całkow.	0,5704	0,5806	0,7121	0,5380	0,5834	0,6578	0,5699	0,7308	0,8039	0,8749
Eterosiarczany	0,1035	0,1221	0,1754	0,1224	0,0959	0,1093	0,2250	0,1565	0,0873	0,1455
KCl + NaCl	6,2698	6,9298	6,8473	6,9408	6,2301	7,1672	6,9763	6,6543	6.3742	7,0344
Cl (jako NaCl)	7,13	7,2285	7,6110	7,8000	6,8340	7,2475	6,968	7,0035	7.2065	6,984
Kał w (grm)	45,8	32.8	41,5	53,3	63	55,8	70	57,3	64,3	55,5
Suchej pozostał.	17,04	14,05	15,26	14,75	17,11	16,87	15,92	15,44	17,5	15,42
% such. pozostał.	37,24%	42,88%	36,78%	27,70	27.16%	30,27%	22,37%	26,98%	27.25%	27,77%
Azot	0,6979	0,6335	0,7323	0,7201	0,8276	0,8579	0,8738	0,8032	0,9191	0.7521
Tłuszcz	1,778	1,5858	1,2790	1,281	1,7669	1,8641	1,4502	1,0949	1,3716	1,3054
KCl + NaCl	—	—	—	—	—	—	0,1104	0,1916	0,1757	—
Zatrzymano N.°	2,475 (41,7%)	2,4146 (40,6%)	1,9889 (31,8%	2,2760 (38,%)	2,2700 (38,2%)	1,8177 (30,6%)	1,5054 (25,3%)	1,7621 (29,6%)	1,5810 (26,6%)	1,6084 (27,1%)

czenia zwykłego, codziennego, daleko mniej »nadają się« do kwasu, niż człowiek (jak wiadomo, psy odwracają się bardzo często od takiego pokarmu, jak n. p. barszcz). Być więc może, że w doświadczeniach na ludziach fakt omawiany wypadłby jeszcze dobitniej, niż w moich na psach.

(Dok nast.)

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Albu. **W sprawie leczenia zapalenia wyrostka robaczkowego.** (*Münch. med. Woch.* 1908, Nr. 17). Różnorodność poglądów na leczenie tej sprawy (Riedel — natychmiastowa operacya, Baurget — olej rącznikowy, Pel — makowiec) pochodzi zdaniem autora z różnorodności sprawy tak pod względem anatomiczno-patologicznym, jak i klinicznym. A. sądzi, że zasadniczą sprawą jest trafne rozróżnianie spraw ciężkich, w których przebiegu wchodzi w rachubę zabieg chirurgiczny, od lekkich, które leczą się najlepiej spokojem, dyetą i okładem Prysznicowskim lub lodowym. Już olejek rącznikowy i tak zachwalany makowiec są zbędne, zwłaszcza makowiec, a oba te środki w pewnych przypadkach mogą być nawet szkodliwe, co A. stara się uzasadnić. W sprawie rozpoznawania, a następnie operowania postaci przewlekłych trzeba pamiętać o tem, że jedynie wzmożenie ograniczone oporności i bolesności pozwala rozpoznawać zapalenie wyrostka, oraz, że ograniczone zrosty wyrostka, jakoteż jego drobnokomórkowe nacieczenie są sprawą ze stanowiska anatomiczno-patologicznego zwykłą i nieszkodliwą: nie zawsze też wyjęcie takiego wyrostka usuwa bole.

Dr Maryan Godlewski.

Beisch. **Radyologiczne badania zdrowego i chorego żołądka.** (*Med. Klinik.* 1908, Nr 17). Radyologiczne badanie żołądka zapomocą bizmutu wyjaśniło wiele szczegółów, dotąd mało znanych lub mylnie tłómaczonych. I tak dotąd sądzono, że prawidłowy żołądek leży poziomo, lub co najwyżej trochę skośnie. Tymczasem badania radyologiczne stwierdziły, że żołądek zwykle właśnie leży podłużnie do osi ciała (pionowo u człowieka stojącego). Dno leży tuż pod lewą kopułą przepony, a odźwiernik trochę nad pępkiem w linii środkowej, lub nieco na lewo, a wrazie wypełnienia żołądka przechodzi trochę na prawo. Odźwiernik nie jest zwykle najniższym punktem, lecz leży trochę wyżej, przez co cały żołądek przybiera kształt rogu. Położenie i kształt żołądka zależą bardzo od ułożenia ciała. Przy położeniu nawznak posuwa się żołądek ku górze, przy położeniu na prawy bok przybiera formę podkowy, a przy położeniu na lewy bok więcej się spłaszcza. W warunkach prawidłowych znika cień bizmutu z żołądka w 2—3 godzin, co oddać może usługi przy ocenianiu mechanizmu i sprawności żołądka. Badania radyologiczne pozwalają prócz tego rozpoznawać różne cierpienia i zboczenia chorobowe, jak zrosty, przykurczenia, żołądek klepsydrowaty, położenie nowotworów i t. d. Przed badaniem wypompowuje się żołądek, a następnie napełnia się go 200 gramami jakiejś gęstej miazgi, n. p. kaszy z 30 gm bizmutu i 20 gm cukru mlecznego. Cukier podaje się celem poprawy smaku i zapobieżenia zaparciu stolca po bizmucie. Należy tylko zachować ostrożność z podaniem bizmutu u dzieci.

K.

Rosenbaum. **Doświadczenia z surowicą krwi w przebiegu raka żołądka i jelit.** (*Münch. med. Woch.* 1908, Nr 9). Dziwaczna teorya Kellinga, odnosząca nowotwory do rozrostu pewnych komórek nie danego ustroju, ale ustroju obcego zarodkowego, wprowadzonego do przewodu pokarmowego (zarodek kurczęcia, świni i t. d.), spotkała się z żywemi zaprzeczeniami. Niemniej jednak postanowił R. przeprowadzić w myśl K. szereg badań serologicznych, wychodząc z tej zasady, że w każdym razie mogą te badania oddać pewne usługi we wczesnem rozpoznaniu nowotworów złośliwych. K. wychodzi z założenia, że surowica krwi ludzi, dotkniętych nowotworem, rozpuszcza silniej ciałka czerwone krwi pewnych zwierząt (kura, świnia, wół, owca), niż surowica ludzi, nie dotkniętych tem cierpieniem. Doświadczenia te dały wedle R. wyniki zachęcające, przyczem zauważył R., że można mozolny tok doświadczeń K. nieco uprościć; doświadczenia z krwią wołową i owczą można bowiem pominąć, z dwóch zaś seryi doświadczeń (obacz oryginał pracy) można się tylko na drugiej ograniczyć.

Dr M. Godlewski.

Sievert: **Oznaczenie prawej granicy żołądka przy ruchowym niedowładzie żołądka.** (*Archiv. f. Verdauungskr.* T. XIII. Z. 4). Według badań S. prawa granica żołądka sięga przy prawidłowej sprawności ruchowej średnio do 6 ctm od linii środkowej brzucha. W przypadkach, w których sprawność ruchowa osłabła lub też w przypadkach stałego rozszerzenia napotyka się granicę prawą o 3—4 cm dalej, a zatem na 9—10 cm od linii środkowej. Granicę dolną znalazł S. średnio 2—5 cm powyżej pępka. W przypadkach chorobowych obniża się granica coraz bardziej, leżąc w takich razach średnio również 9—10 cm niżej. S. stwierdził również, że przesunięcie prawej granicy żołądka jest tem większe, im większe jest zwiśnięcie żołądka ku dołowi. Objawy te tłómaczy S. rozdęciem tej części żołądka, która do wpustu przytyka, oraz rozdęciem dolnych ścian pod działaniem ciężaru zalegających pokarmów.

Schudmak.

Robin. **O chwilowem zwężeniu odźwiernika i chwilowym zastoju pokarmów w żołądku w ogólności.** (*Archiv. f. Verdauungskrankh.* T. XIII. Z. 4). R. zwraca uwagę na istnienie chwilowego zwężenia odźwiernika, występującego u osób, które cierpiały na wrzód żołądka. Pod wpływem podrażnienia pokarmami okolicy zbliznowaciałej wytworzyć się może obrzęk błony śluzowej odźwiernika, kilka dni trwający, a wywołujący zupełną niedrożność. Już po stosunkowo bardzo krótkim czasie chorzy wracają pod wpływem odpowiedniego leczenia do względnego zdrowia. Jako podobną chorobę przytacza R. tak zwaną ostrą niedomogę żołądka, wiodącą do chwilowego zastoju pokarmów, a polegającą na osłabieniu ścian żołądkowych (a zatem bez zmian odźwiernika). Do ścisłego rozpoznania wiedzie tylko ba-

danie treści żołądka naczczo zapomocą zgłębnika. Dla ułatwienia rozpoznania radzi R. do kolacyi próbnej, podanej choremu dnia poprzedniego, dodać 1 gr bizmutu (*magist. bismuthi*), który nazajutrz wykryć się daje w czczym żołądku w postaci licznych czarnych kryształków siarczku bizmutu. Siarczek bizmutu tworzy się bowiem przez działanie H_2S na azotan bizmutowy zasadowy, a siarkowodór jest niewątpliwym dowodem rozkładu pokarmów w żołądku, powstającego zazwyczaj przy osłabieniu siły mechanicznej żołądka (*stasis benigna*). *Schudmak.*

Torsten I. Son Hellmann. **O desmoidowym odczynie Sahliego.** (*Archiv. f. Verdauungskrankh.* T. XIII. Z. 4). Spostrzeżenia Schmidta dowiodły, że niegotowana tkanka łączna zostaje przez sok żołądkowy strawiona, natomiast sok trzustkowy wcale jej nie trawi. Sahli, opierając się na tem, podał sposób badania soku żołądkowego bez zgłębnika. Podaje on mianowicie kapsułki zawierające błękit metylenowy lub jodoform, owinięte szczelnie błoną z niegotowanej tkanki łącznej. W razie obecności kwasu solnego i pepsyny w żołądku zostaje błona strawiona, a uwolniona zawartość zostaje wchłonięta przez błonę śluzową żołądka i można ją potem stwierdzić w moczu. Kapsułki takie znajdują się już teraz w handlu pod nazwą kapsułek desmoidowych Sahliego. Temi też kapsułkami, zawierającemi błękit metylenowy, posługiwali się autorowie w swoich doświadczeniach mających służyć do wyjaśnienia dość sprzecznych zdań co do znaczenia próby Sahliego. Doświadczenia ich odnoszą się do całego szeregu (238) przypadków różnych chorób żołądka, przy których sprawdzono wyniki, otrzymane zapomocą odczynu desmoidowego, porównując je z wynikami, uzyskanymi przez badanie treści żołądkowej zapomocą zgłębnika. W większości przypadków były wyniki zupełnie zgodne, tj. błękit metylenowy pojawiał się po 8 godzinach w moczu, gdy w treści żołądka znajdował się kwas solny i pepsyna; bardzo rzadko pojawiał się atoli błękit w moczu także, mimo braku kwasu solnego w żołądku. Autorowie przypisują znaczenie próbie Sahliego tylko w tych przypadkach, w których zgłębnik z jakichkolwiek powodów do żołądka wprowadzony być nie może. Prób chemicznych, wykonywanych przy pomocy zgłębnika, próba powyższa nie zastąpi. *Schudmak.*

Feldmann. **Śpiączka w okręgu Schirati.** (*Deuts. med. Wochs.* 1908, Nr 14). F. stwierdził, że niekoniecznym warunkiem życia dla muchy *glossina palpalis* jest obecność krokodyla, ponieważ znajdować się ona może w okolicach nadrzecznych, gdzie krokodyli nie ma, a znajdują się olbrzymie jaszczurki. Krew tych jaszczurek stwierdził F. w żołądku muchy. Na zwalczanie epidemii zapatruje się F. zgodnie z Kochem; za najważniejsze uważa przesiedlanie ludności z okolic zakażonych, leczenie chorych w założonych na ten cel barakach. Mniejsze natomiast znaczenie przypisuje wycinaniu krzaków nadrzecznych, ponieważ tylko ograniczone ogniska można w ten sposób usunąć. W czasie pory suchej radzi F. urządzać obławy na krokodyle i jaszczurki. Prócz tego radzi 4 razy rocznie badać całą ludność zdrową ze względu na zakażenie trypanosomami, a w razie jego stwierdzenia odosobnić i leczyć chorego. *Dr Skórczewski.*

Georgopulos. **Leczenie zimnicy atoksylem.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 12). Badania przemawiają za wprost leczniczem działaniem atoksylu w zimnicy. G. zużywał ogółem w ciągu 18-dniowego leczenia 4½ gr atoksylu, na raz wstrzykiwał pół gr i to przez pierwsze trzy dni codziennie, następnie wykonywał 3 wstrzykiwania co drugi i tyleż co trzeci dzień. Trzeba jednak liczyć się z możliwością objawów zatrucia.

Dr M. Godlewski.

Pedyatrya.

Comby. **Krzyki w kile wrodzonej.** (*Arch. de méd. des enf.* I. 1908). Sisto i Gaing zwrócili uwagę, że krzyki u niemowląt mogą polegać na kile wrodzonej. W niektórych przypadkach krzyki są jedynym objawem zakażenia, w innych udaje się stwierdzić i inne objawy, lub przynajmniej udowodnić u matki poprzedzające porody przedwczesne lub poronienia. Dziecko rodzi się pozornie zdrowe. Dopiero po paru tygodniach zaczyna bez powodu płakać i krzyczeć dniem i nocą. Krzyki te mogą doprowadzić do rozpaczy matkę i rodzinę. Przypuszcza się zwykle zaburzenia żołądkowo-jelitowe i zmienia żywienie, wszystko pozostaje bez skutku: dopiero przy zastosowaniu leczenia rtęciowego dziecko w krótkim czasie uspokaja się. Jako podstawę przyjąć należy zmiany kostne lub okostne, za czem przemawiałoby to, że dolegliwości widocznie niekiedy zwiększają się przy ruchu i że w niektórych przypadkach stwierdzano tkliwość nasad kostnych. Autor do przypadków Sista i Gainga dodaje 5 własnych spostrzeżeń, zebranych w ciągu kilku tygodni, coby dowodziło, że ta sprawa wcale nie jest rzadka. *Lewkowicz.*

Nobécourt i Merklen. **Wydzielanie chlorków i białkomocz w przebiegu płonicy.** (*Arch. de méd. des enf.* II. 1908). Autorowie przy żadnej dyecie, czy chodziło o dyetę mleczną, bezchlorkową, czy chlorkową, nie stwierdzili zatrzymania chlorków. Zdawałoby się więc, że co do wydzielania soli jakość dyety jest obojętna. Jednak przy dyecie mlecznej wydzielanie (*crises chloruriques*) zdarza się najrzadziej. Podobnie lekki białkomocz zdarza się znacznie częściej u dzieci, nie trzymanych na dyecie mlecznej. Dlatego N. i M. są za zatrzymaniem klasycznej dyety mlecznej w płonicy przynajmniej przez pierwsze 15—21 dni choroby. Później, jeżeli się bada mocz codziennie, można dyetę urozmaicić, zachowując jednak dla mleka pierwsze miejsce. *Lewkowicz.*

Leroux. **Gruźlica gruczołów tchawiczo-oskrzelowych i jej stosunek do przewlekłej gruźlicy płucnej u dzieci.** (*Arch. de méd. des enf.* 1908. II). Na podstawie 500 spostrzeżeń, w których prowadzono w dispensoryum latami równolegle badanie kliniczne i badanie radyoskopijne, dochodzi L. do następujących wniosków. Początek gruźlicy narządu oddechowego może być dwojaki. Albo sprawa zaczyna się klinicznie od gruczołów tchawiczo-oskrzelowych, a następnie dopiero zajmuje szczyty płuc, albo szczyt jest zajęty pierwotnie, a gruczoły wtórorzędnie. Pierwsze zdarza się częściej u dzieci młodszych, drugie u starszych od 6-go, a przeważnie dopiero od 11-go roku życia. Obie postacie przechodzą następnie w gruźlicę gruczołowo-płucną i nie różnią się w dalszym przebiegu.

Kombinacya zmian gruczołowych z płucnemi wytwarza w objawach pewną zawiłość. Mianowicie, jeżeli powiększenie gruczołów jest znaczne, albo ich stosunek do tchawicy i oskrzeli jest ścisły, to pewne objawy powiększenia gruczołów (szmery oskrzelowe, głównie wydechowe) rozpromieniają się ku szczytom i niesłusznie mogą być uważane za objawy szczytowe. Rozpoznanie tego rozbrzmiewania opierać się powinno na następujących szczegółach: 1) Szmery zaostrzone lub oskrzelowe, chuchające i to wdech, ale szczególniej wydech, jednak bez bronchofonii, bez wzmożenia drżenia i bez przytłumienia, które z reguły się zjawia, jeżeli wydech oskrzelowy jest zależny od gruźlicy szczytu. 2) Zmniejszanie się nasilenia objawów fizycznych od dołu ku górze, t. j. od 2 albo 3 kręgu piersiowego ku szczytowi i od mostka ku zewnętrznej części okolicy podobojczykowej. 3) Objawy znacznie wyraźniejsze w dołku nadgrzebieniowym, aniżeli pod obojczykiem. 4) Przeźroczystość szczytów, choć wyniki radyoskopii nie są tutaj pewne. Przeciwnie jeżeli bronchofonia i wzmożenie drżenia są wyraźne, istnieje prawdopodobieństwo zmiany szczytu, a jeżeli zjawi się lekkie przytępienie odgłosu opukowego, zmiana jest pewną. Taksamo, jeżeli istnieje zaburzenie rytmu oddechowego pod obojczykiem (wdech słaby, przerywany) a nie ma objawów w dołku nadgrzebieniowym, można wyłączyć rozpromienianie się objawów od gruczołów.

Co do następstwa objawów, to podobnie jak w gruźlicy płuc czystej, może i tu jako pierwszy objaw wystąpić osłabienie i przerywanie wdechu. W wielu przypadkach jednak od początku stwierdza się wdech zaostrzony, wydech chuchający, niekiedy nawet od razu bronchofonię, co należy tłómaczyć obecnością szmerów gruczołowych, które wzmacniają objawy szczytowe.

Dla rozpoznania początkowych zmian szczytowych radyoskopia nie ma wielkiego znaczenia, przeciwnie wykrywa ona prawie zawsze zmiany w gruczołach i może być wyzyskana do wczesnego stwierdzania sprawy. Ma to doniosłość praktyczną. Gruźlica gruczołów jest bowiem w połowie przypadków przy zastosowaniu leczenia klimatycznego klinicznie uleczalna, a wyleczenie jej zapobiega rozprzestrzenieniu się sprawy na płuca. *Lewkowicz.*

Paul. **Leczenie błonicy pyocyanazą i oporność prątka błoniczego.** (*Deut. med. Woch.* 1908. Nr 14). P. stosował pyocyanazę w 54 przypadkach błonicy. Tylko w 6 przypadkach o lekkim przebiegu stosował ją samą i zauważył w 2 przypadkach polepszenie ogólne i miejscowe, rozpuszczanie się błon i zmniejszanie się ich. Również stwierdził to rozpuszczanie się, a właściwie pęcznienie i rozpływanie się błon *in vitro* na błonach, wyjętych z tchawicy. W 12 przypadkach musiał prócz pyocyanazy w dalszym przebiegu choroby użyć surowicy przeciwbłoniczej, po której dopiero następowało polepszenie. W 24 przypadkach stosował równocześnie pyocyanazę z surowicą; chodziło tu o przypadki ciężkie; u 6 chorych musiano wykonać tracheotomię, u 6 nastąpiła śmierć. Prócz tego stwierdzał P. u szeregu zdrowych i ozdrowieńców wpływ stosowania pyocyanazy na

obecność prątków błoniczych w gardle i w nosie. Z doświadczeń tych wynika, że pyocyanaza nie usuwa prątków, ponieważ znajdowano je mimo leczenia pyocyanazą, a nawet u jednego dziecka po leczeniu wystąpiła ostra błonica. Ponieważ w kilku przypadkach sekcyjnych stwierdzono ostry nieżyt żołądka, starał się P. zbadać doświadczalnie u zwierząt wpływ pyocyanazy na błonę śluzową żołądka; doświadczenia te wypadły ujemnie. Z ubocznego działania pyocyanazy zauważył P. biegunkę po połknięciu tego środka. P. poleca stosować pyocyanazę zawsze razem ze surowicą; stwierdza jej pożyteczność w usuwaniu cuchnienia z ust i zmniejszaniu błon i sądzi, że w ciężkich przypadkach działanie jej zawodzi. *Dr Skórczewski.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Warszawskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie kliniczne dnia 28. kwietnia 1908.

1) Kopczyński Stanisław przedstawił dwa przypadki **postępującego zaniku mięśni typu mięśniowego.** Przypadki te dotyczyły dwojga rodzeństwa, dziewczynki 13-letniej i jej brata 11-letniego. Choroba u obojga rozpoczęła się przed 5—6 laty stopniowem osłabieniem mięśni kręgosłupa, co utrudniało im chodzenie, podnoszenie się i t. p. Badanie u obojga stwierdza osłabienie i zwiotczenie wszystkich mięśni w bardzo wybitnym stopniu. U dziewczynki stwierdzić można: zupełną niemożność wstawania i unoszenia się, unoszenia rąk ku górze, wybitny zanik mięśni w obu pasach barkowych, w przedramionach, w tułowiu, w pasie miedniczym i w obu biodrach, gdy ruchy w kiściach i stopach są zachowane. U chłopca najwięcej ucierpiały mięśnie tułowia i pasa miedniczego. U obojga widać wybitne wygięcie kręgosłupa ku przodowi, chód kaczkowaty. Niektóre mięśnie w stanie rzekomego przerostu (wybitny rozwój tkanki tłuszczowej). Brak zaburzeń czucia, brak drgań włókienkowych, zniesienie wszystkich odruchów ścięgien, wybitne obniżenie oddziaływania mięśni na prąd elektryczny bez odczynu zwyrodnienia. — Układ mięśniowy u reszty rodzeństwa prawidłowy. Mając na względzie 1) rozwój choroby od wczesnego dzieciństwa, 2) występowanie jej rodzinne, 3) siedzibę cierpienia (mięśnie tułowia i pasa miedniczego i barkowego), 4) brak w zanikłych mięśniach drgania włókienkowego, 5) przerost tłuszczowy niektórych mięśni, 6) brak odczynu zwyrodnienia, wyłącza mówca u przedstawionych dzieci zanik mięśni typu rdzeniowego, lub obwodowego nerwowego (*neuritis*), a rozpoznaje postępujący zanik mięśni pochodzenia mięśniowego (myopatycznego).

2) Borzymowski i Kopczyński St. przedstawili przypadek pomyślnie **operowanego ropnia mózgu.**

Kopczyński zdaje sprawę ze strony klinicznej. Chory, 17-letni uczeń szewski, we wrześniu r. z. został uderzony przez kolegę ostrzem pilnika w głowę. Natychmiast upadł i stracił przytomność na chwilę. Rana goiła się stosunkowo dobrze, lecz jednocześnie chory zauważył, że ciężko mu chodzić, że trudno mu mówić, i że zjawiają się częste bole głowy. W grudniu, gdy chory znalazł się na oddziale mówcy, stwierdzono, co następuje: Chory apatyczny, senny; na środku linii prostopadłej do lewego ucha widać bliznę o średnicy pół centymetra; czaszka w tem miejscu bolesna. Chory chodząc, utyka na prawą nogę, prawą ręką włada niezręcznie, widać w niej bezład, zmysł stereognostyczny wybitnie upośledzony. Prawy nerw twarzowy i prawy podjęzykowy działają słabiej, niż lewe. Pobudliwość na dotyk, ból, ciepło i zimno na prawej połowie ciała z wyjątkiem twarzy i stopy niemal zniesiona. Odruchy ścięgien mięśnia dwugłowego, trójgłowego na prawej ręce i odruch kolanowy prawy, żywsze, niż po stronie lewej; mowa dyzartryczna; wyrazy słyszane rozumie chory dobrze, powtarza często mylnie. Widzi, jak przez mgłę. Na dnie oka obustronna tarcza zastoinowa. Mówca rozpoznał ograniczone ropienie mózgu. Na podstawie uszkodzenia przeważnie zmysłu mięśniowego i sfery czuciowej wobec nieznacznego upośledzenia sfery ruchowej oznaczył mówca siedzibę cierpienia w przednim zakręcie środkowym (*gyrus centralis anterior*) i lewym ciemieniowym (*g. parietalis*), które to części uważane są za ośrodki czucia. W grudniu dokonano trepanacyi na miejscu blizny, lecz nie znaleziono nawet przy próbnem przekłuciu ropy. Stan chorego stopniowo się pogarszał; ciepłota była prawidłowa; tętno stawało się coraz powolniejsze, bywało 56 uderzeń na minutę. W 9 dni później dokonał kol. Borzymowski drugiej operacyi i w okolicy płatu ciemieniowego na głębokości 5—6 ctm., igłą Pravaza trafił na ropę. Ropę wypuszczono zapomocą trójgrańca, który na pewien czas zostawiono w ranie dla odprowadzenia ropy. Stan chorego znacznie się poprawił, chory zaczął lepiej władać prawą ręką, mniej się zacinał w mowie. Poprawa ta jednak trwała zaledwie kilka dni, poczem stan się znów pogorszył. Wyjęto znów trójgraniec; wylało się znów sporo ropy i stan powtórnie zaczął się poprawiać. 29. I. r. b. chory dostał nagle napadu prawostronnej padaczki Jacksona, która w kilka dni się powtórzyła. Stan wybitnie się pogarszał, tak że 7. II. b. r. dokonano trzeciej operacyi. Rozszerzono poprzednią ranę i znowu znaleziono ropień, który wązkim kanałem łączył się z drugim ropniem, położonym więcej ku tyłowi. Ropnie opróżniono. Stan chorego stopniowo się poprawiał, lecz w ciągu następnych kilku tygodni powtarzały się jeszcze kilkakrotnie napady prawostronnej padaczki Jacksona. Odtąd napadów nie było.

Stan obecny chorego: Rana zagojona, ogólny stan dobry, chory chodzi dobrze, siła ruchowa w prawych kończynach niemal zupełnie dobra. Ślady prawostronnego niedowładu kurczowego. Pobudliwość na wszystkie rodzaje czucia zniesiona na całej prawej połowie ciała z wyjątkiem prawej połowy twarzy i prawej stopy. Zmysł stereognostyczny w prawej dłoni zupełnie zniesiony. Bezład ruchów w prawej ręce nieznaczny. Dno oka prawidłowe w zewnętrznych górnych częściach pola widzenia. Mówca objaśnił siedzibę obecnych zmian anatomicznych w mózgu: zniszczenie przeważnie podkorowe dróg czuciowych, biegnących w tylnej części torebki wewnętrznej w kierunku promienistym ku korze mózgowej w zakręcie środkowym (*gyrus centralis posterior*) i ciemieniowym po stronie lewej, nieznaczne uszkodzenie pewnych włókien w pasmie wzrokowem (*tractus opticus*). W przebiegu klinicznym podniósł prelegent powolny rozwój ropnia, obecność drgawek padaczkowych korowych i tarczy zastoinowej, co rzadko bywa przy ropniach mózgu, brak wahań gorączkowych, zwolnienie tętna i silne bole głowy.

Borzymowski uzupełnia jeszcze niektóre szczegóły z wywiadów i podaje opis zabiegu operacyjnego. Zwraca przytem uwagę na jeden szczegół rozpoznawczy, pomijany przez wielu chirurgów, a mianowicie na obrzęk skóry czaszki na miejscu projekcyi ropnia mózgu. Aby uniknąć zakażenia ropą opon mózgowych, nie otwierał mówca cięciem ropnia (przy pierwszej operacyi), lecz pozostawił w tkance mózgowej trójgraniec, przez który stopniowo odpływała ropa.

Dyskusya: Borsuk przytacza własne spostrzeżenie, gdzie osobnik w kilka lat po usunięciu ropnia mózgu dostał padaczki. — Krauze podaje opis przez siebie spostrzeganego ropnia mózgu i podkreśla, że i w jego przypadkach ropnie mózgowe przebiegały bez gorączki, albo też przy nieznacznych jej stopniach. To zachowanie się ciepłoty posiada wielkie znaczenie przy rozróżnieniu ropnia tkanki mózgowej od ropnia opon mózgowych (w tym drugim — gorączka).

3) Karwacki wypowiedział rzecz: **O zarazku ospowym.** Na wstępie podał pokrótce odpowiednie, a niezmiernie bogate piśmiennictwo, z którego widać, że prawie wszystkie typy bakteryi kolejno uchodziły za zarazek swoisty. Punktem wyjścia badań prelegenta nad zarazkiem ospy było przypuszczenie, że pasorzyt ten należy do rodziny krętków, i że tem samem jest wielopostaciowy, jak krętek blady. W grudniu i styczniu dokonał mówca szeregu posiewów treści pęcherzyków i krwi u chorych na ospę na swojej pożywce specyalnej. Wyniki otrzymał następujące: W 12 przypadkach dostał czystą hodowlę pewnego określonego pasorzyta, w 3 hodowle mieszane z paciorkowcem typu Ruetego. Drobnoustroje mają postać ziarenek różnej wielkości od wymiarów gronkowca aż do nieskończenie małych punkcików; w wiszącej kropli niektóre z nich posiadały ruch dowolny. Leżały pojedynczo lub w gromadkach. Po zabarwieniu sposobem Giemsy gromadki składały się z nadzwyczaj delikatnych blado-fioletowych ziarenek, zabarwionych często tylko na obwodzie, i z ciemno-fioletowych jednostajnych ziaren, leżących pośród pierwszych. Większe ziarna ciemno-fioletowe spotyka się najczęściej pojedynczo, czasem w dwójkach lub czwórkach. Dalszy rozwój pasorzytów następował w ten sposób, że ziarno z jednego lub dwóch końców puszczało rodzaj bardzo delikatnych pędów o wyglądzie włosków. Powstawał wtedy twór o postaci gwoździa lub wrzeciona. Środkowe zgrubienie rozpuszczało się w końcowych przedłużeniach i powstawał rodzaj delikatnej cienkiej laseczki o typie przecinka, lecz znacznie subtelniejszej. Twory te przy ciepłocie pokojowej wyrastały w długie nitki, zgięte zgoła nieregularnie. Część nitek miała rodzaj

przydatków w postaci bardzo grubych ziarn, leżących bądź u jednego z końców nitki, bądź w części środkowej, bądź tylko przylegających do nitki.

Hodowle płynne nie mają nic swoistego. Hodowla ma zapach, zbliżony do odoru ospowych. Na agarze bezbarwny lepki nalot.

Hodowla, uzyskana ze krwi chorego na ospę w styczniu, i przesiewana kilkanaście razy na pożywki płynne, w kwietniu została posiana na agarze, a po 2 dniach zawieszona w wodzie peptonowej. Zawiesiną tą K. zaszczepił cielę na brzuchu. Po 3 dniach w miejscu szczepienia i w sąsiedztwie powstała grudkowata wysypka; po 5 dniach poczęły występować pęcherzyki. W miejscach, gdzie zawiesinę wcierano dokładniej, pęcherze ropne zlewały się na znacznej przestrzeni. Poczynając od 3 dnia, wycinano wykwity do badania histologicznego. Dalsze badania w toku. *J. L.*

Posiedzenie kliniczne dnia 5. maja r. b.

Korybut-Daszkiewicz wygłosił rzecz: **O zapaleniu miedniczek nerkowych u dzieci.** Opierając się na wynikach badań pośmiertnych w Warsz. Domu wychowawczym, na spostrzeżeniach szpitalnych i z praktyki prywatnej, dochodzi prelegent do wniosków następujących: 1) Zapalenie miedniczek nerkowych jest dość częstą chorobą wieku dziecięcego. 2) Bardzo stosunkowo rzadkie rozpoznawanie tego cierpienia zależy od zaniedbywania badań mikroskopowych moczu. 3) Choroba zdarza się daleko częściej u dziewcząt, niż u chłopców. 4) Istnieje niezawodnie pewne usposobienie dziedziczne do tego cierpienia. 5) Zapalenie miedniczek nerkowych jest najczęściej cierpieniem wtórnem, chociaż niewątpliwie bywają i sprawy pierwotne. 6) Często zapalenia te poprzedza cierpienie pęcherza moczowego, lecz zdarzają się one i przy zdrowym pęcherzu. 7) Najczęściej chorobę tę wywołuje lasecznik okrężnicy. 8) Objawy ogólne są tak mało znamienne, że jedynie badanie moczu (szczególniej drobnowidowe) rozpoznanie ustalić może. 9) W postaciach lżejszych nieżytowych mocz prawie nigdy nie zawiera białka surowiczego, w postaciach cięższych bywa go bardzo niewiele. 10) Obecność komórek wrzecionowatych nie jest konieczną dla rozpoznawania tego cierpienia. 11) Białe ciałka krwi mają w tej chorobie swoistą postać, są napęczniałe, perełkowate. 12) Rokowanie w postaciach niepowikłanych jest dobre. Za najskuteczniejsze środki lecznicze (prócz odpowiedniej dyety i wód alkalicznych) prelegent uważa: salol, urotropinę, a szczególnie ichtalbinę. Dokonany przez prelegenta przegląd piśmiennictwa dowodzi, że sprawą, w mowie będącą, mało się dotąd zajmowano, i że panują o niej bardzo sprzeczne poglądy. *J. L.*

IV. Zjazd lekarzy i przyrodników czeskich.

II.

Praga, 9. czerwca.

Jak wspomnieliśmy w liście wczorajszym, »Komitet lekarzy słowiańskich«, który, zdawało się, że jest już pogrzebany, został wskrzeszony i odbył dwa posiedzenia 7. i 8. czerwca. Pobudką ideową do tego wskrzeszenia był nastrój, wywołany znaną pielgrzymką delegatów Słowian austryackich: Kramarza, Hribara i Hlibowickiego do Petersburga i Warszawy, oraz głębsze odczucie potrzeby jednoczenia się Słowian wobec agresywnej postawy Germanów; wreszcie przybycie do Pragi petersburskiego profesora Dra Otta, prezesa Komitetu lekarzy słowiańskich, który w r. 1900 podjął się wyjednać taką zmianę statutu Zjazdów lekarzy rosyjskich, któraby równouprawniła wszystkie języki słowiańskie. Do składu »Komitetu lekarzy słowiańskich«, wybranego d. 9. sierpnia 1900 r. podczas Międzynarodowego Zjazdu lekarskiego w Paryżu, należeli: Przewodniczący Prof. Ott (Petersburg); zastępcy: Prof. Hlava (Praga) i Prof. Wicherkiewicz (Kraków); sekretarz generalny Pešina (Praga); skarbnik Subbotić (Belgrad); sekretarze narodowi: Botkin (Rosya), Kwaśnicki (Polska), Čačković (Kroacya), Russow (Bułgarya), Kobryński (Ruś), Šlajmer (Slawonia), Danic (Serbia), Sieminowicz (Słowianie w Ameryce). Na tem zgromadzeniu w Paryżu zapadły następujące uchwały: 1) Prof. Ott bierze na siebie trud wypracowania statutu; 2) Prof. Pešina ułoży plan »Związku redaktorów pism lekarskich słowiańskich«; 3) Prof. Gundrum ma się zająć sprawą założenia czasopisma »*Revue médicale slave*«; 4)Doc. Veselý zbada sprawę zorganizowania Zjazdów narodowych lekarskich w tych krajach, gdzie ich jeszcze nie było; 5) Dr Semerad poda wyniki swojej pracy nad sprawą terminologii lekarskiej słowiańskiej. Wszytkie te postulaty miały być urzeczywistnione w roku następnym (1901) podczas III-go Zjazdu lekarzy i przyrodników czeskich, który miał być pierwszym lekarskim Zjazdem międzysłowiańskim. Na Zjazd ten nie przybył jednak Prof. Ott i najważniejsi referenci, a Komitet lekarzy słowiańskich odbył parę posiedzeń w tym składzie, jaki znalazł się na Zjeździe w Pradze. Przy braku statutu rozprawy miały charakter więcej teoretyczny; »Komitet lekarzy słowiańskich« nie wyszedł poza granicę uchwał i postanowień, powziętych w Paryżu i rozszedł się z uczuciem, że chyba nie istnieją warunki, sprzyjające jego działalności, oraz że wznowienie tej działalności wtenczas dopiero stanie się możebne, gdy system wewnętrznej polityki w carstwie rosyjskiem przybierze cechy rządu konstytucyjnego, równouprawniającego języki słowiańskie na Zjazdach i przyzwalającego na Zjazdy naukowe na całym obszarze Rosyi. Wypadki na Dalekim Wschodzie, które nastąpiły po nieudałem zgromadzeniu »Komitetu lekarzy słowiańskich« w Pradze, jak również reformy rządowe i społeczne, które zaszły w Rosyi, zdawały się sprzyjać wznowieniu działalności »Komitetu lekarzy słowiańskich«; byliśmy już więc ideowo przygotowani, gdy Prof. Pešina rozesłał zaproszenie na posiedzenie w d. 7. i 8. czerwca.

Z członków Komitetu, wybranych w Paryżu 1900 r., znaleźli się w Pradze i przybyli na posiedzenie: Przewodniczący Prof. Ott, zastępca przewodniczącego Prof. Wicherkiewicz, sekretarz generalny Prof. Pešina, skarbnik Subbotić, oraz członkowie: Dr Kwaśnicki, Dr Semerad, Dr Šlajmer i Prof. Veselý. Komitet zaprosił na te posiedzenia grono gości. W przebiegu tych dwóch posiedzeń rozprawiano nad następującemi zagadnieniami: 1) Czy wobec powszechnie znanego faktu prześladowania Kroatów i Słowaków przez Węgrów nie należałoby Słowianom wstrzymać się od udziału w przyszłorocznym Międzynarodowym Zjeździe lekarskim w Peszcie? Sprawa ta została podniesiona z powodu, że wśród lekarzy czeskich jest znaczny odłam, przemawiający gorąco za wstrzymaniem się od tego udziału. Komitet jednomyślnie prawie uchwalił wziąć udział w Zjeździe peszteńskim, opierając się na tej zasadzie, że nauka jest międzynarodowa, i że ta miara, którą przykładamy do Zjazdów narodowych, nie da się zastosować do Zjazdów międzynarodowych. 2) Drugie pytanie dotyczyło sprawy, czy nie należałoby podczas przyszłorocznego Zjazdu w Peszcie, gdzie »Komitet lekarzy słowiańskich« ma być czynny, ażeby lekarze słowiańscy oświadczyli się przeciw gnębieniu Kroatów i Słowaków w Królestwie węgierskiem? Wniosek ten nie uzyskał poparcia, a to dlatego, że demonstracya taka mogłaby tylko szkodzić Słowianom węgierskim, a powtóre — z przyczyn zasadniczych: albo Komitet lekarzy słowiańskich zalicza do obowiązkowego zakresu swego działania protestowanie przeciw gnębieniu Słowian wogóle i oświadczać się przeciw niemu będzie wszędzie, albo wyłączy ze swego programu tego rodzaju politykę, która, jak to łatwo przewidzieć, mogłaby wzniecić przeciwieństwa w łonie samego Komitetu i narazić na niepewność jego istnienie. To, że wnioskodawca, mówiąc o gnębieniu Kroatów i Słowaków, nie wspomniał o pół milionie Rusinów na Zakarpaciu, co mu wytknął ukrainiec Dr Gwozdecki, wystarczyło, by zostawić wątpliwość, czy tu się stało proste przeoczenie, czy też świadome przemilczenie z tego tylko powodu, że Rusini mieszkają nietylko na Węgrzech, ale i po obu stronach Dniepru. 3) Wniosek domagania się, by jeden z języków słowiańskich został zaliczony do oficyalnych na międzynarodowych Zjazdach lekarskich, obok francuskiego, angielskiego i niemieckiego, upadł również. Poruszyć sprawę pierwszeństwa jednego z języków słowiańskich, to tyle, co »dmuchnąć w ul«: nimby się zgodzono na wybranie naczelnego języka słowiańskiego, któregoby notabene Zjazdy międzynarodowe nigdy nie przyjęły do liczby urzędowych, sama dyskusya osłabiłaby spójność Komitetu lekarzy słowiańskich, a możeby zachwiała jego istnieniem. 4) Rezygnacyi Prof. Otta z prezesostwa w Komitecie lekarzy słowiańskich nie przyjęto i uproszono go o zatrzymanie tego stanowiska jeszcze na rok jeden. Prof. Ott uzasadniał swoją rezygnacyę tem, że może mniej ma bezpośrednich bodźców do działania, gdyż »w Rosyi Słowian nie prześladuje się«; inaczej rzecz się ma na Zachodzie Słowiańszczyzny. Na propozycyę, ażeby przewodnictwo objął prof. Wicherkiewicz, polscy delegaci sprzeciwili się, by na stanowisku prezesa postawić Polaka, gdyż główna zapora do przeprowadzenia postulatów Komitetu lekarzy słowiańskich spoczywa w Rosyi, a do usunięcia tej zapory nie jest powołany Polak, lecz Rosyanin, i to zajmujący wpływowe stanowisko, i tak ustosunkowany, jak Prof. Ott. Cofnięcie rezygnacyi przez Prof. Otta na rok jeden dyskusyę przerwało. 5) Wniosek, ażeby

Komitet lekarzy słowiańskich miał swoich reprezentantów w Zjeździe delegatów narodów słowiańskich, który ma się odbyć 12-go lipca t. r. w Pradze, po porozumieniu się z Drem Kramarzem przeszedł jednomyślnie. Reprezentacyę tę ma stanowić zarząd Komitetu, t. j.: Prezes prof. Ott, jego zastępcy: Prof. Hlava i Prof. Wicherkiewicz, oraz sekretarz generalny prof. Pešina. Prof. Wicherkiewicz wyraził powątpiewanie, czy będzie mógł przybyć na ten Zjazd, i prosił o wyznaczenie mu zastępcy, na którego Komitet wybrał Dra Kwaśnickiego. 6) Opracowania i wydania »Balneologii krajów słowiańskich« podjął się czcigodny Prof. S. Zaleski (z Petersburga) wraz z Drem Veselým (z Luhaczowic). — Wreszcie wznowiono postulaty z roku 1900: 7) Wydawanie przez lekarzy słowiańskich czasopisma lekarskiego w języku francuskim. 8) Doprowadzenie do skutku Zjazdów lekarskich międzysłowiańskich po otrzymaniu równouprawnienia wszystkich języków słowiańskich na Zjazdach rosyjskich. 8) Zbliżenie terminologii lekarskiej u narodów słowiańskich.

Mgławica słowiańska z każdym dniem przybiera wyrazistsze kształty. Stary panslawizm nie był czem innem, jak tylko złośliwą fantazyą na tle instynktów zaborczych; a gdy mu szpony przycięto przed paru laty, przeobraził się pod kierunkiem innych już ludzi w neoslawizm, który, zachowując pierwiastki etyczne i narodowe poszczególnych narodów słowiańskich, ma widoki powodzenia i zwycięstwa. Wglądając jednak głębiej w duszę zgromadzonych i obradujących Słowian, dostrzega się w niej jakąś niepewność przyszłości, a może nawet i wzajemną nieufność; ten nastrój psychiczny wymaga nadzwyczajnego taktu, ażeby tej chwiejności nie zmienić w odporność, ażeby jakiemś niedomówieniem nie obudzić podejrzenia o chęć supremacyi jednych nad drugimi. Ażeby w tym rozczynie wzajemności (na razie nie jedności) słowiańskiej mogły spokojnie wytwarzać się pojedyncze kryształy konglomeratu słowiańskiego o wspólnem jądrze ideowem, trzeba się raz na zawsze rozstać z myślą bezpostaciej bryły słowiańskiej: Słowiańszczyzna zespolona musi pozostać konglomeratem pojedynczych, dobrze wykształconych kryształów. Ażeby tego procesu wykrystalizowywania się nie zamącić, Komitet lekarzy słowiańskich powinien na razie wyłączyć z zakresu swego działania bieżącą politykę praktyczną, a skupić swoją pracę nad zagadnieniami kulturalno-zawodowemi i postawić na porządku dziennym swych obrad w Peszcie tylko wnioski dobrane, należycie rozważone i do uchwał dojrzałe.

Dr August Kwaśnicki.

37. Zjazd niemieckiego Towarzystwa chirurgicznego w Berlinie 21—24 kwietnia 1908.

Podał **Dr Adolf Klęsk.**

(Ciąg dalszy).

Chirurgia klatki piersiowej (III dzień obrad).

25) Brauer (Marburg): **Lecznicze znaczenie sztucznej odmy piersiowej.** Wytwarzanie sztucznej odmy piersiowej nie przedstawia niebezpieczeństw. Wynik leczniczy spostrzegał B. u 60 chorych, głównie przy gruźlicy płuc i rozszerzeniach oskrzeli. Wcale dobre wyniki osiąga się przy gruźlicy. Ciepłota często opada, ilość plwociny zmniejsza się, prątki z niej znikają, ciężar ciała wzrasta, krwotoki ustępują. W kilku przypadkach nie było jednak żadnego wyniku. W przypadkach sekcyonowanych zauważono w płucach obraz, przemawiający wybitnie za skłonnością do gojenia się sprawy. Przeciwwskazaniem do tego leczenia jest sprawa obustronna.

26) Küttner (Wrocław): **Dalsze doświadczenia nad operacyami w wolnej klatce piersiowej.** K. omawia swoich 18 operacyi śródpiersiowych. 9 razy operował przy zmniejszonem i 9 przy zwiększonem ciśnieniu według Brauera, które przekłada nad zmniejszonem. Operacye śródpiersiowe raka przełyku dają zwykle wynik niepomyślny.

27) Friedrich (Marburg): **W sprawie operacyi jednostronnej gruźlicy płuc.** Operacyjne leczenie gruźlicy płuc uważa F. za wskazane w przypadkach jednostronnej, a ciągle pogarszającej się sprawy. F. usuwa zupełnie 2—10 żebro, przez co uruchomienie klatki piersiowej jest ogromne. W przypadkach swych uzyskał F. wybitne wyniki, jak spadek ciepłoty, zmniejszenie się ilości plwocin i wzrost wagi.

28) Friedrich: **Przystosowanie się płuc do wielkich ubytków.** F. przedstawia preparaty z psów, u których przed rokiem usunął całe płuco. Zabieg ten znoszą zwierzęta w razie dokładnego zaopatrzenia oskrzeli bardzo dobrze. W miejsce wyjętego płuca przesuwa się serce, a drugie płuco rozszerza się znacznie, przepona zaś podnosi się znacznie ku górze.

29) Seidel (Drezno): **Wycięcie chrząstki żebrowej przy gruźlicy szczytów płuc.** S. zachęca do operacyi Freunda, którą wykonał w początkowych okresach gruźlicy w 2 przypadkach z wynikiem dobrym.

30) Dreyer (Wrocław): **Porównawcze badania doświadczalne nad zwiększonem i zmniejszonem ciśnieniem** doprowadziły D. do wniosku, że oba postępowania uważać należy za równoznaczące.

31) Schmieden (Berlin): **Zwiększone ciśnienie przy sztucznym oddechu i uśpieniu.** S. również nie spostrzegał wielkiej różnicy między postępowaniem przy zwiększonem lub zmniejszonem ciśnieniu. Poleca przyrząd Brata, gdzie źródłem zwiększonego ciśnienia jest bomba, wypełniona tlenem lub ścieśnionem powietrzem. Przyrząd przy zastosowaniu intubacyi sposobem Kuhna okazał się doskonałym przy sztucznem oddychaniu z powodu zaburzeń oddechu w uśpieniu. Przy wycinaniu przełyku śródpiersiowem radzi S. zaszywać kikuty, wyrzec się ich połączenia, a chorych odżywiać przez założoną przedtem przetokę żołądkową.

32) Sauerbruch (Marburg): **Przyczynek do chirurgii płuc.** S. poleca operacyę w swej komorze. Operował 8 raków przełyku, wszystkie z wynikiem niepomyślnym. Operować należy dwuczasowo.

Dyskusya: Kuhn (Kassel) poleca intubacyę swoim sposobem. — Henke (Dortmund) poleca swoją maskę, która ma zastępować używanie zmienionego ciśnienia, w co jednak Eiselsberg (Wiedeń) wątpi. — Kausch (Berlin) przytacza swój pomyślnie zakończony przypadek wycięcia chrząstek żebrowych przy gruźlicy. — Wullstein (Halle) radzi uzyskiwać ruchomość przez przeszczepianie na opłucną skóry stroną zewnętrzną; włosy po ogoleniu nie odrastają. — W odpowiedzi Brauer (sprawozdawca) odrzuca maski, bo w razie wymiotów łatwo przy tem nastąpić może zachłyśnięcie; również wszelkie przyrządy z wentylami i ciężkiemi rurami uważa B. za niedostateczne.

33) F. König (Altona): **Złamanie żeber i urazowa odma opłucna.** Przy urazowej silnej odmie opłucnej po złamaniu żeber radzi K. otworzyć opłucnę w miejscu złamania i płuco w ranie umocować, by zapobiedz zapadaniu się płuca.

34) Föderl (Wiedeń): **Leczenie promienicy.** F. poleca gorąco wstrzykiwania kakodylanu sodowego; leczył w ten sposób 6 przypadków; wstrzykuje w okolicę pośladków. — Schlange zwraca uwagę na bezskuteczność jodu w promienicy. (C. d. n.)

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Popieranie zdrojowisk polskich. Zdaniem Dr Mikołajskiego (»Głos lek.« 12) nie można obwiniać wyłącznie dzienników galicyjskich o zaniedbanie w tej sprawie; »Kuryer lwowski« pomieścił przed sezonem artykuł Dr Mikołajskiego, a »Nowa Reforma« artykuł Dr Czopa. Równocześnie to samo zdanie wyraża »Kuryer lwowski« (Nr 273). Zdaniem »Kuryera« winić należy raczej lekarzy zdrojowych, że nie rozesłali na czas do pism politycznych stosownych artykułów, dalej oba Komitety bojkotowe lekarskie we Lwowie i w Krakowie, Ligę pomocy przemysłowej, Towarzystwo balneologów polskich, Komisye przemysłowolekarskie w Towarzystwach lekarskich lwowskiem i krakowskiem, Zarządy zdrojowisk naszych i t. d.

Zarzuty to w pewnej mierze słuszne, ale nie zmienią one w niczem faktu, że prasa codzienna galicyjska w sprawie tej z małymi wyjątkami zachowywała się obojętnie. Pojawienie się dwóch artykułów w »Kuryerze lwowskim«, a jednego w »Nowej Reformie« nie można przecież nazwać ani szeroką, ani energiczną akcyą. Dzienniki warszawskie zdobyły się na to, aby sprawę zdrojowisk poruszać w obszernych artykułach co parę dni, a nawet poświęcać jej w kilkunastu numerach z rzędu szereg szczegółowych artykułów, pisanych za staraniem redakcyi i przez dziennikarzy; redakcye warszawskie wysłały nawet osobnego delegata (dziennikarza, nie lekarza) dla zebrania danych o zdrojowiskach galicyjskich. Czemuż prasa codzienna galicyjska o niczem podobnem nawet nie pomyślała?

Inicyatywa w tej sprawie wyjśćby mogła od lekarzy, będących stałymi referentami działu lekarsko-sanitarnego w dziennikach; ale samo wykonanie jest rzeczą czysto dziennikarską. Coprawda, z wyjątkiem »Kuryera lwowskiego«, żaden inny dziennik galicyjski nie ma obecnie zawodowego referenta spraw lekarskich i higienicznych i o sprawy te wogóle mało się nasza prasa troszczy w przeciwieństwie do prasy zagranicznej i zakordonowej. Gdybyż przynajmniej chciano korzystać z gotowego materyału, zawartego w naszych czasopismach lekarskich i higienicznych! Ale i to nawet zdarza się tylko wyjątkowo. R.

Walka z gruźlicą w Niemczech. Główny Komitet przeciwgruźliczy niemiecki odbył w d. 27. V. doroczne Zgromadzenie. Ze sprawozdania sekretarza generalnego, Prof. Dr Nietnera, wynika, że Komitet ten liczy obecnie 1,539 członków. Na budowę sanatoryów i inne zakłady przeciwgruźlicze udzielił Komitet w r. z. 278,000 mk. zasiłków. Zakłady ubezpieczeń uczestniczą coraz żywiej w walce z gruźlicą; obecnie starają się one tworzyć małe schroniska dla nieuleczalnych suchotników. Również kasy chorych i zarządy gminne łożą coraz więcej na zwalczanie gruźlicy, zwłaszcza na tworzenie »opiek« (dyspensatoryów) i schronisk leśnych (Walderholungsstätten). Sanatoryów ludowych jest obecnie w Niemczech 99 z 10,539 łóżkami, oprócz tego jest 36 sanatoryów prywatnych z 2,175 łóżkami; wogóle może się obecnie leczyć rocznie w sanatoryach niemieckich 50,500 chorych. Dla dzieci chorych na gruźlicę jest 18 zakładów a 837 łóżek, dla zołzowatych 73 zakłady, a 6,843 łóżek. W toku jest budowa 3 dalszych sanatoryów ludowych o 180 łóżkach. »Opiek« działa 175, oprócz tego działa w Baden 481 miejscowych komitetów, zorganizowanych przez kobiece Towarzystwo przeciwgruźlicze. Schronisk leśnych jest 82 i 3 »szkoły w lesie«. Komitet utworzył też ruchome muzeum przeciwgruźlicze. *R.*

Lekarze szpitalni w Pradze wypowiedzieli swe posady, ponieważ nie uwzględniono ich prośby o uregulowanie płac i stosunków służbowych. *R.*

Dom lekarski w Maryenbadzie. Towarzystwo domu lekarskiego w Maryenbadzie zebrało dotąd ze składek różnych Towarzystw lekarskich i t. p., oraz z opłat członków 4.707 koron i uzyskało w darze od zakonu Premonstratensów, jako właściciela Maryenbadu, grunt pod budowę. Zanim jednak stanie dom osobny, zdołał Komitet na r. b. zapewnić w maju i wrześniu (od połowy sierpnia) pomieszczenia bezpłatne dla 40 kolegów, potrzebujących leczenia, oraz uzyskać ulgi w hotelach, restauracyach i t. p. Na sezon tegoroczny zgłosiło się 37 chorych kolegów. Rychłe uzyskanie własnego domu zależy od poparcia, jakiego całemu przedsięwzięciu udzielą lekarze, towarzystwa lekarskie i prasa. Członkowie zwyczajni (lekarze) opłacają 5 koron rocznie. Zgłaszać się należy do Komitetu (Vorstand des Vereins zur Errichtung eines Erholungsheimes für Ärzte in Marienbad: Dr Stark, Dr Grimm, Dr Zörkendörfer). *R.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 7. do 13. VI. 1908 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w pow. Bóbrka (Brzozdowce 2, Hranki 2), Bohorodczany (Dźwiniacz 1), Buczacz (Trościaniec 10), Gródek jagiel. (Uherce niezabitowskie 6), Horodenka (Żywaczów 9), Jaworów (Drohomyśl 2), Kamionka (Majdan stary 3), Mościska (Czerniawa 3, Hodynie 1), Rawa (Biała 1, Kamienna góra 1, Potylicz 1, Zamek 4), Skałat (Krasne 3), Sokal (Wolica komorowska 7), Stryj (Tuchla 3, Orawczyk 7, Łegi chodowieckie 4), Zborów (Pleśniany 2, Zborów 1) i nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych w pow. Brzesko (Łętowice 2, Czyżów 1). *Dr T.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 7. do 13. VI. 1908 urodziło się dzieci żywo 58, nieżywo 5; zmarło osób 42 (w tem obcych 13), z nich z gruźlicy 10 (4), zapalenia płuc 4. *S.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 7. do 13. VI. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 3 (w tem obcych 1), krztuśca 11 † 1, płonicy 6 (2), odry 7 (1), duru brzusznego 1. *Dr Sch.*

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 17. VI. 1908 posiedzenie (w klinice okulistycznej), na którem Prof. Wicherkiewicz, oraz Dr Witaliński i Berezowski przedstawili chorych z kliniki. Wykłady odłożono do następnego posiedzenia.

— Wydział Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej odbył d. 1. VI. 1907 posiedzenie, na którem przewodniczący R. dw. Prof. Dr Wicherkiewicz poświęcił gorące słowa wspomnienia ś. p. Namiestnikowi hr. Potockiemu, poczem odczytano pismo śląskiej Izby lekarskiej z prośbą o wydelegowanie jednego z członków do Wiedniu na zjazd, mający się odbyć w sprawie podwyższenia płac lekarzy b. kolei północnej. Delegatem wybrano wiceprezydenta Dra Schoenguta. Na zapytanie dwóch kolegów,— wezwanych przez oddziały podatkowe starostwa do wydania opinii jako znawcy w sprawie dochodów kolegów, — jak mają postąpić, odpowiedziała Izba, że wezwani winni się na żądanie władzy stawić, ale wyjaśnienia udzielić mogą tylko po poprzedniem porozumieniu się z kolegami, o których chodzi. Następnie załatwiono szereg drobnych spraw.

— Na ostatniem posiedzeniu Komisyi administracyjnej krakowskiej sekcyi krajowego Komitetu ochrony dzieci uchwalono na zasadzie referatów Prof. Dr Lewkowicza i adw. Dr Olearskiego: 1) konieczność urządzenia osobnego zakładu dla osesków, 2) możebność oddawania niemowląt w opiekę prywatną pod ścisłym nadzorem lekarskim, o ileby zakład był przepełniony. Zakład powinien mieć organizacyę szpitalną i pozostawać pod kierunkiem lekarza. Uchwalono też zwrócić się do Rady m. Krakowa z prośbą, aby z okazyi jubileuszu cesarskiego przeznaczyła znaczniejszą kwotę na założenie krajowego Zakładu podrzutków w Krakowie lub najbliższej okolicy.

— Walne Zgromadzenie kraj. Związku lekarzy (dawniej »Samopomocy«) odbędzie się w Krakowie d. 27. VI. b. r. (Porządek dzienny obacz niżej).

— II. Zjazd balneologiczny polski odbędzie się z końcem września b. r. w Zakopanem. Na Zjazd zgłoszono już kilka referatów.

— Zamiast wieńca na trumnę bł. p. Dra A. Kirschnera złożyło Towarzystwo lekarskie krakowskie 30 K na cele szpitala izraelickiego w Krakowie.

Lwów. Towarzystwo higieniczne miało w r. 1907 — 279 członków; organ Towarzystwa »Przegląd higieniczny«, rozchodził się w 533 egzemplarzach. Wydział Towarzystwa odbył 4 posiedzenia, posiedzeń naukowych odbyło się 8, wykładów 8. Wydano w wielkiej ilości egzemplarzy broszurę Prof. Popielskiego »O działaniu alkoholu na organizm«, a przygotowuje się wydanie broszury »Ochrona przed chorobami płciowemi«, oraz »O racyonalnem karmieniu niemowląt«. Towarzystwo zamierza wnieść do władz memoryał w sprawie zaopatrzenia gmin w wodę i w sprawie wychowania fizycznego młodzieży; o zredagowanie memoryałów zwrócono się do inż. Maślanki i Dra Piaseckiego. Dochody Towarzystwa wynosiły 3,079 K (w tem subwencye kraju i miasta 1,000 K, wkładki członków 655·40 K), rozchody 1,995 K; pozostałość na r. 1908 wynosi 1,083 K.

— Rada miejska uchwaliła już dawniej w zasadzie urządzić »Park Jordana« na Żelaznej Wodzie. Obecnie jednak pojawiła się myśl, by urządzenia parku poniechać, a ograniczyć się tylko do założenia boiska w sąsiedztwie boisk Towarzystwa zabaw ruchowych.

Warszawa. Biuro informacyjne o zdrojowiskach i uzdrowiskach, założone przy warszawskiem Towarzystwie higienicznem, okazało się instytucyą bardzo potrzebną, codziennie bowiem napływa po kilka zapytań, na które Biuro zaraz odpowiada. Niestety niektóre zdrojowiska nie dostarczyły Biuru jeszcze żadnych danych, a przedewszystkiem (prócz Krynicy) galicyjskie. Wszelkie nawoływania do popierania zdrojowisk krajowych nie na wiele się przydadzą, jeśli te zdrojowiska same nie troszczą się o swój interes.

— Towarzystwo opieki nad nerwowo i umysłowo chorymi utrzymywało w r. 1907 w przytułku w Drewnicy 170 chorych przez 36,520 dni zakładowych. Koszt jednego dnia wynosił tylko 59·4 kop.; ogólny wydatek całoroczny 23,000 rb. Niestety liczy Towarzystwo zaledwo 278 członków; zamierzone rozszerzenie zakładu i budowa drugiego przytułku w Karolinie (dla nerwowo chorych) zależy od ofiarności społeczeństwa.

— W Kielcach otwarto przy szpitalu św. Aleksandra oddział izraelicki na 20 łóżek. Ordynatorem mianowany został Dr Józef Lewinson.

— W Birsztanach wskutek podjęcia odpowiednich robót uzyskano nowe źródło, tak obfite, że zasób wody mineralnej w tem zdrojowisku wzrósł prawie w trójnasób.

Z różnych stron. IV. Zjazd lekarzy i przyrodników czeskich uchwalił na końcowem posiedzeniu ogólnem rezolucyę, domagającą się założenia drugiego uniwersytetu czeskiego. Rezolucya ta ma być w języku francuskim rozesłana wszystkim wszechnicom. Na temże posiedzeniu przemawiał m. i. Prof. Zaleski, prezes Polskiego Związku lekarzy i przyrodników z Petersburga.

— Rozprawy XIV. międzynarodowego Zjazdu higienicznego, odbytego w Berlinie w r. 1907, wyszły właśnie z druku w 4 obszernych tomach, które przesłane zostaną uczestnikom w ciągu czerwca. W handlu księgarskim kosztują rozprawy 50 mk.; można także nabywać każdy tom z osobna (po cenie 6, 14, 20 i 10 mk.).

Mianowani: Dr W. Skórski sekundaryuszem I. klasy w szpitalu św. Łazarza w Krakowie, Dr W. Wyhowski sekundaryuszem I. kl. w szpitalu kraj. we Lwowie.

Zmarli:

Dr Józef Weigel,

zmarły we Lwowie, 1. VI., w 65 r. ż., był wychowańcem uniwersytetu wiedeńskiego. Osiadłszy we Lwowie w r. 1869, wkrótce uzyskał sobie szeroką klientelę i uznanie. Przez kilka lat prowadził w zastępstwie Prof. Nagla wykłady w szkole chirurgicznej, a od r. 1872—1878 wykładał w uniwersytecie medycynę sądową dla prawników. Obok ogromnej pracy zawodowej i zajęć dydaktycznych znajdował jeszcze siły i czas na działalność obywatelską (był przez szereg lat radnym miasta), oraz piśmienniczą w zakresie historyi medycyny (ogłosił: »Historya medycyny w wiekach średnich«, »Jan Śniadecki«, »Die Halskrankheiten bei den alten griechischen u. römischen Ärzten«), a niezwykłe wykształcenie ogólne pozwalało mu z zamiłowaniem i znawstwem zajmować się jeszcze sztukami pięknemi. Zalety jego charakteru i głęboka wiedza zjednały mu ogólny szacunek wśród kolegów i społeczeństwa. *R.*

Bł. p. Dr Aron Kirschner.

Znowu ubyła z grona lekarzy krakowskich jedna z najsympatyczniejszych postaci, Towarzystwu lekarskiemu krakowskiemu jeden z najstarszych, najpilniejszych i najbardziej przywiązanych członków. Cichy i skromny, nadzwyczaj sumienny w wypełnianiu swych obowiązków, łagodny i uprzejmy dla chorych, charakter czysty jak kryształ, piękny i prawy, odznaczał się bł. p. Dr Kirschner również wybitnem poczuciem honoru stanu lekarskiego. Nieznużoną pracą i niezmordowanem wypełnianiem obowiązku położył niespożyte zasługi w szczególności dla ludności żydowskiej i pozyskał sobie ogólne uznanie i serca kolegów, zaufanie i szacunek chorych. Bo też i zawód swój lekarski wykonywał z niestygnącym zapałem i zamiłowaniem, uważając go za święte powołanie. Od najmłodszych lat skazany na samopomoc, własną pracą wywalczał sobie byt i wiedzę, tylko swej wytrwałości zawdzięczał ukończenie Wszechnicy Jagiell. i to, że dobił się stanowiska; kiedy przed 35 laty objął posadę sekundaryusza w szpitalu żydowskim przy boku Prof. Oettingera, znalazł tu upragnione szerokie pole działania dla dobra społeczeństwa. Kiedy następnie po Oettingerze objął stanowisko prymaryusza, stał się prawdziwym wzorem dla młodszego pokolenia, jak należy wypełniać swe obowiązki wobec cierpiącej ludzkości. Losem powierzonych sobie chorych przejmował się więcej, niż względami na własną osobę, a wytężająca praca musiała wreszcie nadwerężyć ustrój, który przez tak długie lata odmawiał sobie odpoczynku. Ciężkie schorzenie serca przerwało to życie w dniu 13. b. m. Bł. p. Kirschner zostawił pamięć szlachetnego człowieka, wzorowego lekarza i zacnego kolegi. Toteż na miejsce wiecznego spoczynku odprowadzały go tłumy, zwłaszcza ubogiej ludności, a przemówienia żałobne: Dr Tillesa imieniem Zboru izrael., Prof. Ciechanowskiego imieniem Towarzystwa lek. krak. i Dr Jurowicza imieniem szpitala izrael., nacechowane były szczerym i głębokim żalem.

Dr Jan Landau

Dr Anastazy Sawicki,

prezes Towarzystwa lekarskiego siedleckiego zmarł nagle 14. VI. b. r. Urodzony na Podlasiu w r. 1847, szkoły średnie ukończył w Siedlcach, wszechnicę w Warszawie (1871), poczem przez 3 lata był asystentem kliniki terapeutycznej szpitalnej. Ś. p. Sawicki ogłosił szereg prac z zakresu głównie nauki o wymianie materyi, po polsku, niemiecku i rosyjsku. Od roku 1875 osiadł w Siedlcach, gdzie zjednał sobie powszechny szacunek i miłość kolegów; dowodem tego był niedawny wybór na pierwszego prezesa młodego Towarzystwa lekarskiego siedleckiego. Cześć Jego pamięci! *R.*

Dr Kazimierz Kondratowicz, lekarz w Żydaczowie, w 41 r. ż.; Dr Oskar Modl, lekarz powiatu grojeckiego.

Redakcya otrzymała: Winogrodzki: Higiena, podręcznik dla użytku uczniów i uczenic szkół średnich i samouków. Sambor 1908. Nakładem Tow. przyjaciół młodzieży. Str. 114. — Crandon: Orthopedic Heresies on Feet and Their Treatment. Boston 1908. — Hornowski i Nowicki: Histologische Untersuchungen üb. die Nebennieren bei Arteriosklerose i t. d. »Virch. Arch.« 1908. — Nowicki: Badania nad wyrostkiem robaczkowym. »Tyg. lek.« 1908.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

VIII. Zwyczajne Walne Zgromadzenie członków Związku krajowego lekarzy Galicyi i W. Ks. Krak. dla obrony ich interesów ekonomicznych i społecznych (dawnego Tow. Samopomocy lekarzy) odbędzie się **w Krakowie w sobotę d. 27. czerwca** o godzinie 6 wieczór w **Domu lekarskim** (ul. Radziwiłłowska 4).

Porządek dzienny: 1) Odczytanie protokołu z II. nadzwyczajnego i VII. zwyczajnego Walnego Zgromadzenia. 2) Sprawozdanie Wydziału. 3) Sprawozdanie Komisyi kontrolującej. 4) Dyskusya nad sprawozdaniem. 5) Wybór prezesa, sekretarza, skarbnika, ich zastępców oraz 7 członków Wydziału. 6) Wybór komisyi kontrolującej. 7) Sprawa organizacyi lekarzy w myśl nowego statutu. 8) Wnioski i interpelacye.

Nowe statuty i sprawozdanie będzie członkom rozesłane w najbliższych dniach.

Sekretarz: *Dr Flis.* I. wiceprezes: *Dr W. Damski.*

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Valofin. Na podstawie dokładnych historyi chorób stwierdza Podloucky (»Med. Bl.« Nr 12, 1907), że valofin, o zapachu aromatycznym, podobnym do mięty, i takimże smaku, posiada w dawce 15—25 kropli działanie świeżo sporządzonego naparu kozłkowego i nawet przy długiem stosowaniu nie wywołuje niemiłych objawów ubocznych. P. podnosi szczególnie dobry smak tego przetworu. W tymże duchu wyrażają się: Mode, Beddies, Flesch i i. *S. W.*

Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych.

Ogłoszenie płatne. (Naśladownictwo zastrzeżone).

I. Zdrojowiska krajowe:

Iwonicz.

Dr **Gabryszewski A.**, Doc. chirurgii, lekarz zakładowy (ord. od 20 czerwca).

Dr **Turzański Grzegorz Jarosław**, Bazar obok poczty.

Kosów.

Dr **Tarnawski A.**, (za Kołomyją). Lecznica własna.

Krynica.

Dr **Cercha Maksymilian**, („Domek Szwajcarski“).

Dr **Dębicki Klemens**, („Pod Jeleniem).

Dr **Lewicki Stanisław**, Willa „pod Trąbką“.

Rabka.

Dr **Cholewicz Fr.**

Dr **Supiński E.**, lekarz zakładowy.

Rymanów.

Dr **Bielecki Ignacy**, lekarz okręgowy.

Dr **Regiec Jan.**

Szczawnica.

Dr **Gorski Ksawery**, b. lekarz zakładowy (zimą **w Abacyi**).

Dr **Hammerschlag Rudolf**, (Dom „Atylla“).

Dr **Kołączkowski J.**, zakład wodoleczniczy „Miedziuś“

Dr **Szumowski**, Obok zdroju Józefiny.

Truskawiec.

Dr **Krzyżanowski Edm.**, radca ces., lekarz zakładowy.

Dr **Pelczar Zenon.**

Dr **Praschil Tad.**, lekarz zakład., b. asyst. Un., sek. szp. lwow.

Żegiestów.

Dr **Piotrowski Tymoteusz**, lekarz zakładowy.

II. Zdrojowiska zagraniczne:

Bad Nauheim.

Dr **Łowiński**, Fürstenstr. 14.

Baden.

Dr **Kümmerling Henryk**, lekarz zdrojowy, Renngasse 3.

Bad Hall (Austrya górna).

Dr **Feuerstein Leon**, b. asyst. Uniw. lwow. („Villa Söllradl“).

Cieplice trenczyńskie.

Dr **Filipkiewicz S.**, lekarz zakładowy.

Dr **Wobr Franciszek**, lekarz zakładowy.

Franzensbad.

Dr **Steinsberg**, zakład i pensyonat leczn. we własnej willi.

Gleichenberg.

Dr **Bulikowski Stan.**, radca ces., (Villa „Höflinger“ VII.).

Kissingen.

Dr **Chłapowski**, radca sanitarny. Prinzregentenstr. 1 (pens.).

Karlsbad.

Prof. Dr **Biernacki**, Alte Wiese, Haus „Nizza“.